

Mónica Uribe Gómez^{*}, Katya Rodríguez Gómez^{**} y Marcela Agudelo Botero^{***}

Determinantes sociales y acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva en el Seguro Popular: Estudio de caso en el municipio de León – Guanajuato (México)

^{*} Dra. Ciencias Sociales con especialidad en Sociología. Profesora de la División de Ciencias Sociales y Humanidades, Universidad de Guanajuato, Campus León. muribegomez@gmail.com.

^{**} Dra. en Sociología. Profesora de la División de Ciencias Sociales y Humanidades, Universidad de Guanajuato, Campus León. katyarg@yahoo.com.

^{***} Dra. en Estudios de Población. Jefa del Departamento de Epidemiología Clínica. Instituto Nacional de Geriátría. México. marcela.agudelo.botero@gmail.com

Resumen

Este estudio analiza la incidencia de los determinantes sociales relacionados con la pobreza, el género y el funcionamiento del sistema de salud en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) del Seguro Popular. Se plantea que las oportunidades y recursos (sociales, económicos, culturales e institucionales) con los que cuentan las personas, son tan importantes para hacer efectivo el derecho a la salud como los factores médicos. Mediante un estudio de caso en un centro de salud urbano en la ciudad de León-Guanajuato, México, se exploraron las vivencias y percepciones de las mujeres sobre el acceso a los SSR. Los resultados mostraron que aspectos como la posibilidad de decidir con autonomía sobre la sexualidad y la reproducción, la situación laboral, los tiempos de espera para la atención, el acceso a la información oportuna, el entorno familiar, los gastos de bolsillo en medicamentos, la fragmentación del sistema de salud y las prácticas institucionales, además de limitar el acceso a los servicios de salud inciden en la reproducción las desigualdades de género y de la pobreza de las mujeres.

Palabras Clave: Determinantes Sociales de la Salud, Género, Pobreza, Salud Sexual y Reproductiva, Barreras de Acceso a la Salud, Seguro Popular, México.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	4
1.1 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	5
1.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	6
1.3 ESTRUCTURA DEL DOCUMENTO	6
2. PROTECCIÓN SOCIAL, POLÍTICAS DE SALUD Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA..	7
2.1 EL SEGURO POPULAR: ¿UNA ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA EQUIDAD EN SALUD?	8
2.2 POLÍTICAS DE SALUD Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	12
3. ENFOQUES CONCEPTUALES.....	14
3.1 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD.....	14
3.2 LA RELACIÓN GÉNERO, POBREZA Y SALUD	15
3.3 BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD	19
4. ANÁLISIS DE CASO	22
4.1 ABORDAJE METODOLÓGICO.....	22
4.2 CONTEXTO GEOGRÁFICO Y SOCIODEMOGRÁFICO DEL MUNICIPIO DE LEÓN	24
4.3. ALGUNOS INDICADORES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN EL MUNICIPIO DE LEÓN	28
4.4. RESULTADOS: NECESIDADES Y BARRERAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	31
4.4.1 Barreras geográficas	32
4.4.2 Barreras socioeconómicas.....	33
4.4.3 Barreras socioculturales.....	36
4.4.4 Barreras institucionales.....	41
5. CONCLUSIONES	48
BIBLIOGRAFÍA	54
ANEXOS	62
AGRADECIMIENTOS	66

1. Introducción

Las reformas del Estado llevadas a cabo en la mayoría de los países de América Latina, especialmente desde los años noventa, incluyeron dentro de sus prioridades la reestructuración de los sistemas de salud. Si bien la intensidad de estas modificaciones ha dependido de los contextos económicos y políticos de cada país, las tendencias reformistas han pasado por varias etapas que han ido desde la descentralización de los servicios y recursos para la salud, la introducción de la competencia entre instituciones públicas y privadas, la implementación de los subsidios a la demanda y la instauración de formas de financiamiento basadas en esquemas de aseguramiento individual, hasta la introducción de cambios más recientes que buscan devolver centralidad al papel del Estado en la salud y que han puesto de nuevo en la agenda pública la discusión de temas como el derecho a la salud, la universalidad e igualdad en el acceso a los servicios de salud. Los balances sobre las reformas basadas en el mercado se han planteado la necesidad de profundizar en el impacto de este tipo de políticas en grupos en condiciones de vulnerabilidad como los adultos mayores, las mujeres, los jóvenes, los niños y las personas con necesidades especiales (Bazzani *et al.*, 2010; Arriagada, 2005).

En México, la creación en 2004 del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), cuyo brazo operativo es el Seguro Popular (SP), se justificó bajo la premisa de universalizar el derecho a la salud al incluir a la población no cubierta por los sistemas de seguridad social tradicional. El programa establece como propósito permitir a la población ejercer efectivamente el derecho a la salud y proteger a los mexicanos de los gastos catastróficos originados por la enfermedad de un miembro de la familia. Según su ideólogo y promotor, la inversión insuficiente en salud, junto a la creciente demanda de los ciudadanos por servicios de alta calidad con protección financiera para todos, motivaron la reforma a la Ley General en Salud que dio origen al SPSS (Frenk, 2012).

El SPSS establece el carácter prioritario de la salud de las mujeres en la inversión pública y se presenta como una política pública con enfoque de género (Laurell, 2013). El programa estipula que la administración de los recursos, la operación de los servicios y atención de los beneficiarios deberá ser garantizada por la federación y por los estados. Entre los objetivos del SP, dirigidos a la población femenina, está promover acciones de prevención, promoción y detección oportuna de enfermedades establecidas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES)¹, entre los que están prestar servicios de orientación-consejería sobre SSR, proporcionar información sobre métodos anticonceptivos, manejar a la adolescente embarazada como paciente de alto riesgo, detectar infecciones de transmisión sexual (ITS) y virus de inmunodeficiencia humana (VIH)/sida, realizar el examen de pesquisa especial para tumor de la mama y del cuello uterino y realizar examen ginecológico general, entre otros.

¹ El CAUSES es un documento de referencia que sirve de herramienta indicativa e instrumental de los servicios de salud a los que tiene derecho un beneficiario del SPSS. Consta de 6 conglomerados o grupos: 1) Salud Pública, 2) Atención Ambulatoria, 3) Odontología, 4) Atención en Urgencia, 5) Atención Hospitalaria y 6) Cirugía General.

Pese a los esfuerzos por elevar la calidad de los servicios de salud y a que recientemente se ha divulgado que el sistema de salud mexicano alcanzó la cobertura universal (Knaul *et al.*, 2012; Grupo de Trabajo de la Fundación Mexicana para la Salud-FUNSALUD, 2013) esto no se ha traducido en mejores indicadores de desempeño en temas de salud, incluyendo la salud sexual y reproductiva (SSR). Por ejemplo, los casos de muerte materna, muestran que todavía hay mucho por avanzar en materia de equidad y calidad de la atención. Según cifras oficiales, en 2011, 467 mujeres de las 971 que murieron por causas maternas estaban afiliadas al SP (48%) y de ellas, 323 habían estado en contacto con los servicios de salud y habían tenido control prenatal (Observatorio de la Mortalidad Materna, 2012). Por su parte, la Coalición por la Salud de las Mujeres en México también se ha pronunciado sobre las carencias del SP, mostrando que el fallecimiento de mujeres por causas asociadas con la maternidad se concentra en mujeres pobres, sin seguridad social, en su mayoría adolescentes e indígenas y habitantes de zonas de alta y muy alta de marginación (Díaz, 2007; Díaz, 2010). Estas cifras ilustran la dimensión del problema desde el ámbito nacional, pero aún queda por explorar el funcionamiento del programa en los distintos estados y municipios del país (Contreras y Tetelboin, 2011).

Las evaluaciones y estudios sobre el SP han priorizado el análisis de los efectos de la reforma en términos de cobertura y financiamiento del sistema de salud (Secretaría de Salud – SP, 2010; 2011; 2012; Grogger *et al.*, 2009; Scott, 2006), pero han dicho poco sobre otros factores sociales, culturales e institucionales que se pueden traducir en barreras de acceso a los servicios de salud. Los estudios que han indagado por este tema en México (Nigenda *et al.*, 2009; Szasz y Lerner, 2010; Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), 2010; Torres *et al.*, 2003; Banco Interamericano de Desarrollo, 2010; Freyermuth, 2010) se han realizado principalmente en comunidades rurales con población indígena, o para temas específicos como las barreras que enfrentan las mujeres que padecen cáncer de mama. Estos han mostrado los efectos que tienen factores como el alejamiento geográfico, la carencia de transporte, el ser hablante de alguna lengua indígena y la deficiente adecuación de los centros de salud en el acceso a la atención en salud. Sin embargo, aún no se tienen suficientes análisis sobre la incidencia de los determinantes sociales y las barreras que pueden encontrar los usuarios del SP, habitantes de zonas urbanas y con aparentes “facilidades” de cercanía geográfica, dotación de las instalaciones de salud y niveles básicos de alfabetización. Este estudio argumenta que además de los factores médicos y geográficos, existen otras barreras que obstaculizan el acceso a los servicios de salud y que tienen que ver con las condiciones de género, la pobreza y el funcionamiento del sistema de salud.

A partir de este planteamiento, a continuación se plantean las preguntas de investigación y objetivos que se establecieron para la presente investigación.

1.1 Preguntas de investigación

- ¿Qué influencia tienen determinantes sociales como el género, la pobreza y el funcionamiento del sistema de salud en el acceso efectivo y de calidad a los servicios de salud sexual y reproductiva?

- ¿Están adecuados los servicios de salud sexual y reproductiva del Seguro Popular (en los centros de salud urbanos) a las necesidades y características de las mujeres beneficiarias?
- ¿Qué tipo de estrategias pueden adoptarse para disminuir las barreras de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva?

1.2 Objetivos de la investigación

- Explorar la incidencia que tienen los determinantes sociales relacionados con las dimensiones de género, la pobreza y el funcionamiento del sistema de salud en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva.
- Relacionar la correspondencia entre los servicios ofrecidos en los programas de salud sexual y reproductiva del SP y las necesidades y características (sociales, económicas y culturales) de las mujeres beneficiarias.
- Analizar críticamente el funcionamiento de los programas de salud sexual y reproductiva dirigido a las mujeres beneficiarias del SP en el municipio de León, Guanajuato.

1.3 Estructura del documento

Este documento consta de cinco secciones. La primera de ellas es la presente introducción, la cual contiene el planteamiento del problema, las preguntas y objetivos que guiaron este estudio. En segundo lugar se aborda el tema de la protección social y las políticas en SSR en México, y particularmente se trata el tema del SP y si éste ha contribuido a la disminución de la inequidad en salud. El tercer capítulo está dedicado a la descripción del marco teórico-conceptual que guía la investigación, en donde se discuten los determinantes sociales de la salud; la relación entre género, pobreza y salud; y las principales barreras de acceso a los servicios de salud. La cuarta sección contiene el estudio de caso en sí. Para ello se seleccionó a un centro de salud del municipio de León (Guanajuato, México). Particularmente se integró la descripción geográfica y demográfica del municipio; la metodología empleada; y los resultados (necesidades y barreras en SSR). Por último, se exponen las conclusiones más relevantes obtenidas en el estudio.

2. Protección social, políticas de salud y salud sexual y reproductiva

Este trabajo se articula a los análisis que definen la protección social desde el enfoque de los derechos ciudadanos (Hudson *et al.*, 2008; Repetto, 2010), lo que significa que las políticas públicas no solo deben dirigirse a resolver problemas sociales particulares sino que también deben hacer efectiva la ciudadanía plena. Según O'Donnell (2009) los programas sociales no solo deben aliviar necesidades específicas, ya que también son un tema que incumbe a la democracia debido a que deben reconocer a todos en su ciudadanía y dignidad y ofrecer oportunidades institucionalizadas para ejercerlas.

Por lo menos desde el ideal, las políticas de salud deberían crear las condiciones para asegurar la buena salud de toda la población y garantizar posibilidades de acceso a los servicios básicos de salud; además de promover acciones tendientes a reducir las brechas sociales en salud. Sin embargo, en la práctica no siempre materializan estos propósitos, pese a que uno de los fines de la protección en salud de cualquier tipo es evitar que las personas y familias caigan en la pobreza o profundicen dichas condiciones por gastos derivados de la enfermedad². Los datos para América Latina indican que son los más pobres quienes tienen la peor condición de salud (Organización Panamericana de la Salud-OPS, 2012). Esto de alguna manera es resultado de la desigual e ineficiente distribución de los recursos del sector, la inequidad en el acceso a los servicios, la fragmentación que se mantiene en muchos sistemas de salud (como el mexicano donde coexisten los sectores público, privado y el de la seguridad social) y del énfasis en los aspectos financieros más que en los de salud pública. Las décadas de los ochenta y noventa se caracterizaron por priorizar políticas y reformas dirigidas a curar y proteger a los sistemas y servicios más que a las personas (Tobar, 2002).

Desde la década de los dos mil distintos países (como Bolivia, Argentina, Uruguay, Ecuador) iniciaron una nueva etapa de transformaciones en sus políticas sociales, las cuales se han caracterizaron por la búsqueda de alternativas al modelo de mercado. Diversos analistas han criticado las consecuencias de las reformas estructurales por los pobres resultados en materia de equidad (French-Davis, 2005; Homedes y Ugalde, 2006; Arceo, 2006; Organización Internacional del Trabajo-OIT, 2002; OIT 2007; Filgueira *et al.*, 2012; Laurell, 2013). En este contexto, análisis difundidos por organismos como la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2002) y la Comisión Económica para América Latina (CEPAL, 2006), han señalado la importancia de repensar la protección social en salud, con el fin de hacer frente a distintos problemas, como la baja y desigual cobertura, el rezago epidemiológico y los aspectos relacionados con la fragmentación del modelo de atención. Este organismo también ha señalado la necesidad de adaptar los sistemas de protección social a las nuevas dinámicas demográficas³, epidemiológicas y tecnológicas. Existe cierto consenso sobre la necesidad de avanzar hacia la consolidación de modelos menos mercantilizados, más incluyentes, solidarios y equitativos (Rosenberg y Andersson, 2000;

² Los gastos de bolsillo para acceder a los servicios de salud o medicamentos constituyen una de las fuentes más importantes de inequidad en materia de salud (Titelman, 2000).

³ En materia demográfica el envejecimiento poblacional es uno de los retos más importantes para las políticas de salud en la región, dado que se prevé que la carga de enfermedades no transmisibles aumente, lo que supone el incremento de la demanda de servicios de salud con mayor costo (CEPAL, 2006: 81).

Centrángolo y Titelman, 2006; CEPAL, 2006; OIT, 2007). Como telón de fondo de esta discusión está la materialización de la ciudadanía plena y el acceso efectivo a los derechos sociales. En particular, en el sector salud, estos desafíos se traducen en el planteamiento de que la salud es un componente básico del bienestar y por tanto una de las condiciones necesarias para la superación de la pobreza y la desigualdad.

El principal reto de las políticas de salud en la actualidad tiene que ver con la posibilidad de garantizar acceso universal (que no necesariamente equivale a aseguramiento financiero) equitativo y de calidad a los servicios de salud en contextos como los latinoamericanos donde predomina la población en condiciones de pobreza, el empleo informal y la desigualdad. Pensar modelos desde el marco del derecho a la salud (y no del mercado), implica recuperar la centralidad del papel del Estado en el sector con el fin de garantizar el acceso a los servicios para todos los ciudadanos independientemente de la capacidad de pago, eliminar las barreras económicas, sociales, geográficas, culturales y de la estructura del sistema de salud, así como los obstáculos de clase social, género y etnia. Además de garantizar asistencia médica de calidad y protección financiera en caso de enfermedad (Bazzani *et al.*, 2010:16; OIT, 2007).

2.1 El Seguro Popular: ¿una estrategia para mejorar la equidad en salud?⁴

El Plan Nacional de Salud, conocido como “La democratización de la salud en México” (2001-2006)⁵, incorporó los aspectos más relevantes del modelo de reforma que venía instaurándose incrementalmente desde los años ochenta. Este documento contenía la propuesta de creación del SPSS, cuyo componente operativo sería el SP. Dicha reestructuración se formalizó a partir de 2004⁶ (con la meta de que para 2010 cubriría al 100% de la población). Para financiar el SP, se estableció una modalidad tripartita con una aportación federal del 80%, debiendo proceder los porcentajes restantes de las contribuciones estatales y de las aportaciones de los hogares, y dejando exentas de pago a las familias inicialmente pertenecientes a los deciles de ingresos I y II, y a partir de 2010 también a los deciles III y IV. Con esta reestructuración, el nivel estatal recibió la responsabilidad de garantizar tanto los servicios de salud pública (la vigilancia epidemiológica, la protección ambiental y la protección contra riesgos sanitarios) como la atención individual. Esta última contemplaba servicios esenciales (de primer y segundo nivel) y de alto costo. Los primeros forman parte del CAUSES, mientras que los de alto

⁴ La primera parte de este apartado se basa en el texto de Uribe y Abrantes (2013)

⁵ El Plan Nacional de Salud 2001-2006 estableció las directrices para el sector durante el periodo en que Julio Frenk fue Secretario de Salud. Este documento plantea que la “democratización de la salud” significa la creación de las condiciones para que la universalización del acceso a la salud, la estimulación de la participación ciudadana y la garantía de calidad en los servicios (Secretaría de Salud, 2001). El acceso universal aludido se restringe a un paquete de intervenciones acotadas y de mucho menor alcance a las que corresponden a los beneficiarios de las instituciones de la seguridad social, lo que constituye de partida un acceso diferenciado e inequitativo al derecho a la salud.

⁶ El SPSS tenía como antecedente un plan piloto implementado desde 2001 en cinco estados de la República (Aguascalientes, Campeche, Colima, Jalisco y Tabasco).

costo se financian con el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPCGC).⁷ Aunque en algunos estados se han venido haciendo subrogaciones de servicios (como en Jalisco donde se subrogan servicios a hospitales privados, y en Chiapas donde se subrogan al Instituto Mexicano de Seguros Sociales-IMSS), la red de prestadores sigue estando integrada principalmente por los centros de salud y hospitales pertenecientes a la Secretaría de Salud.

En los hechos, el SP quedó como un programa que reorganizaba los servicios de salud para la población que no contaba con otro tipo de aseguramiento. Durante periodo de gobierno 2006-2012, el programa no solo se mantuvo, sino que añadió nuevos componentes como el seguro médico para los niños nacidos a partir de 2006, conocido como Seguro Médico para una nueva Generación (SMNG), y la estrategia de “Embarazo Saludable” (que busca asegurar la atención médica durante el embarazo y el parto), aspectos que equivalían a otro tipo más de segmentación y a la generación de nuevos problemas de inequidad en salud (Valencia-Lomelí, 2010).

Pese a que el SPSS sigue estando en proceso de adecuar sus estrategias de implementación a las condiciones existentes (como la muy necesaria adaptación de la infraestructura hospitalaria, la provisión de medicamentos y los recursos humanos suficientes), y a que todavía no se cuenta con estudios de casos suficientes sobre su impacto en los diferentes estados, existen algunos elementos que ya han mostrado las limitaciones de este sistema de aseguramiento. En el caso de los recursos, pese a que “el gasto total en salud como porcentaje del PIB pasó de 5.1% en 2000 a 6.3% en 2010” (Knaul *et al.*, 2012: 8), no es posible afirmar que este incremento en la asignación de los recursos se haya reflejado en mejoras en los servicios de salud. Sobre este punto, el Centro de Análisis e Investigación Fundar A.C. difundió un análisis sobre los resultados de una auditoría realizada por la Federación de los Estados de la República en 2010, con el fin de verificar el uso dado a los recursos destinados al SP. Dicho informe mostró irregularidades en una cuarta parte del presupuesto auditado, en aspectos como documentación comprobatoria del gasto, adquisición de medicamentos y transferencia de los recursos de la salud a otras cuentas que tienen un impacto directo en la operación de los servicios públicos. Sobresalen casos como los del Estado de México con 69% de irregularidades en el presupuesto, Veracruz con 57% y Sinaloa con 50% (Lavielle, 2012).

Este aumento de los recursos tampoco ha logrado un impacto notorio en las condiciones de salud de los grupos tradicionalmente excluidos (como los indígenas) o en la redistribución

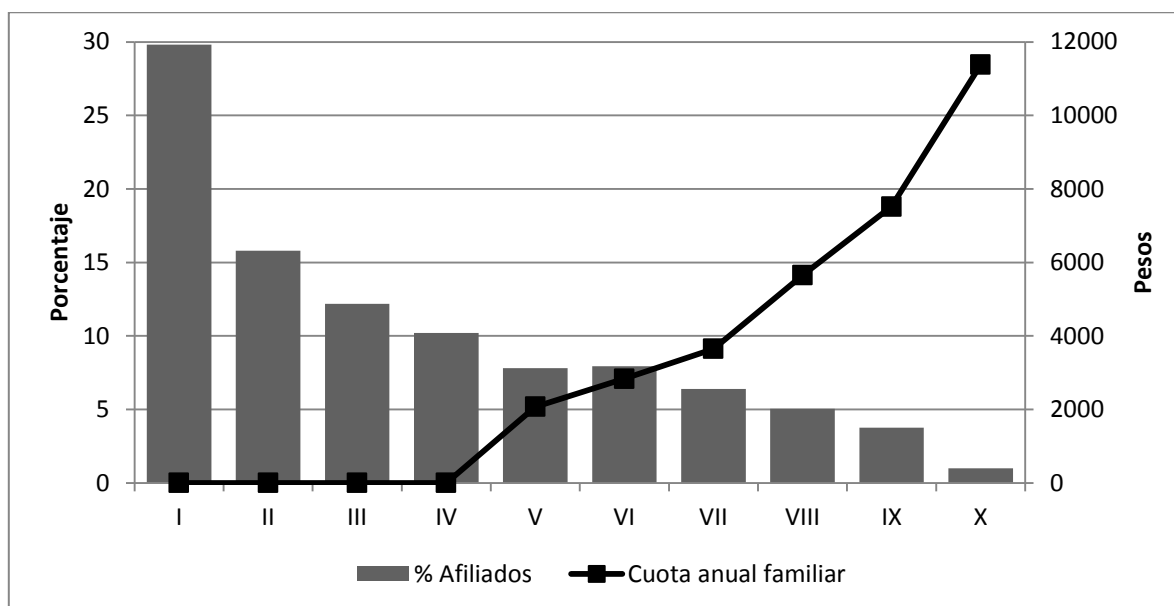
⁷ En un principio, el paquete de servicios fue conocido como *Catálogo de Servicios Médicos* (CABEME), el cual contemplaba 78 intervenciones. A partir de 2004, el paquete empezó a ser conocido como *Catálogo Esencial de Servicios* (CASES) y ampliado a 91 intervenciones. Posteriormente, para 2005, se aumentarían a 155 intervenciones. Finalmente, 2006 el paquete empezó a ser conocido como *Catálogo Universal de Servicios* (CAUSES), el cual para 2012 se había ampliado a 284 intervenciones de primero y segundo nivel. El *Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos* (FPCGC), por su parte, cubre 17 padecimientos de alto costo como el cáncer infantil, el cáncer cérvico – uterino y de mama, el VIH-Sida, los cuidados intensivos neonatales, las cataratas, el cáncer de niños y adolescentes, el trasplante de médula ósea y los trastornos quirúrgicos, congénitos y adquiridos, el cáncer de próstata y el trasplante de riñón.

equitativa de los presupuestos entre los estados. Según un informe de la Fundación Mexicana para la Salud A.C. (Funsalud) intitulado “La salud en México 2006-2012”, los estados del norte, generalmente entre los más prósperos del país, recibieron más recursos públicos que los del sur. Esto es ejemplificado en el gasto per cápita en salud de la población no asegurada de Baja California Sur que fue de 2,128 pesos para 2005, mientras que en Guerrero fue de 773 pesos para el mismo año (Funsalud, 2006: 26). Según Laurell (2013: 41), la cuota que deben aportar las entidades federativas por cada familia afiliada es inequitativa, dado que los estados más pobres tienen muy baja afiliación a la seguridad social tradicional, por tanto deben financiar más población. En el mismo documento también señala que las poblaciones indígenas generalmente presentan los indicadores más bajos de cobertura y uso de servicios de salud más bajos del país. Sobre este último aspecto es pertinente mencionar que aunque las deficiencias en la salud indígena han sido un punto reiterado en los informes de varias instancias, este problema no ha tenido prioridad en las políticas y recomendaciones de los equipos técnicos encargados de las reformas.

La disminución en el gasto de bolsillo en salud, fue otra de las prioridades de la reforma, sin embargo, tampoco se ha materializado como se esperaba. Funsalud (2013: 21) encontró que “antes de la reforma éste era de 52%, y para 2010 solo había descendido tres puntos”. Esto indicaría que esta meta, una de más importantes del programa, solo se ha logrado parcialmente. El aumento de la cobertura, otro punto central, aparentemente fue más exitoso. Las cifras recientemente divulgadas por los promotores de las reformas hablan de que para 2012 el programa había alcanzado la cobertura universal, con 52 millones de mexicanos que no contaban con seguridad social (Knaul *et al.*, 2012). Sin embargo, estas cifras varían de una fuente a otra. Según datos de la Encuesta Nacional y Nutrición (ENSANUT 2012), entre un 21% y un 25% de la población mexicana se mantenía sin protección en salud (ENSANUT, 2012). Además, resaltan otros aspectos problemáticos, como por ejemplo la doble cobertura en el aseguramiento. Según un informe de la Auditoría Superior de la Federación, para 2010 más de 300 mil personas afiliadas al SP también eran derechohabientes del IMSS (80%) o del ISSSTE (15%).

Aunque el SP había previsto mecanismos de cofinanciación por medio de pre-pago de una proporción de sus afiliados, en la realidad esto solo se ha logrado a medias debido a que el mayor número de afiliados (68%) está concentrado en los deciles I, II, III y IV de ingreso, quienes están exentos de pago (Gráfica 1). Este dato, por un lado, muestra que son las personas más pobres quienes hacen uso del programa, y por otro que las estrategias para estimular el co-pago por parte de los usuarios no han funcionado en los términos que estipula la Ley. “Los estudios y datos oficiales sobre el SPSS dejan importantes vacíos de conocimiento sobre los datos reales de afiliación, sobre la relación entre afiliación y acceso a los servicios de salud y sobre su impacto en los gastos de bolsillo de los afiliados. Todos temas cruciales para juzgar su importancia en la disminución de la desigualdad en salud” (Laurell, 2013: 43).

Gráfica 1. Distribución de la población afiliada al Seguro Popular y cuota anual familiar por decil de categorización socioeconómica



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENSANUT, 2012

Otro punto relevante en la implementación del SP es el contenido de los paquetes básicos de salud que es notoriamente restringido, comparado con la cobertura ofrecida por las instituciones de seguridad social, lo que afecta negativamente la equidad (Durán, 2010). Aunque las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en el país, el paquete de intervenciones aprobado en el FPCGC solo incluye lo relacionado con malformaciones congénitas cardíacas. En caso de infartos, solo cubre a menores de 60 años, dejando por fuera a 80% de las personas con este padecimiento (Laurell, 2012a). Este fondo también excluye otros padecimientos muy costosos como la insuficiencia renal crónica, las transfusiones sanguíneas y las lesiones por arma de fuego. Estas exclusiones constituyen una barrera económica (y también social) que afecta directamente al gasto de bolsillo en salud para las familias más pobres (Laurell, 2005).

Durante la contienda electoral de 2012, y en el inicio del actual periodo de gobierno (2012-2018), las propuestas de una “nueva” modificación a la protección en salud volvieron a ocupar un lugar importante en la agenda pública. Al igual que en otras oportunidades, los actores del sector se han manifestado desde dos posturas: quienes defienden el modelo de mercado regulado y plantean la posibilidad de corregir posibles fallas pero manteniendo el mismo esquema de aseguramiento financiero (Funsalud, 2010; Knaul *et al.*, 2012), y quienes proponen la necesidad de una reforma estructural que resuelva la fragmentación del sistema de salud y garantice el acceso para todos los ciudadanos a partir de criterios de equidad, de acceso efectivo y de la materialización del derecho a la salud garantizado por el Estado (Laurell, 2012a; 2013; Leal, 2012).

La discusión de fondo se centra en aspectos como el logro del acceso universal equitativo y de calidad y las posibilidades de un sistema de salud como el mexicano para integrar los distintos recursos e intereses de distintos actores del sector.

2.2 Políticas de salud y salud sexual y reproductiva

A partir de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrada en el Cairo en 1994 y de la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer en Beijing en 1995, el gobierno de México, al igual que la mayoría de los países, se comprometió a garantizar el acceso universal a los servicios de SSR para el año 2015. No obstante, en la práctica, los compromisos todavía no se reflejan completamente en la legislación nacional y las políticas y programas en esta materia aún están lejos de alcanzar la meta establecida.

Derivado de Conferencia sobre Población y Desarrollo realizada en el Cairo en 1994 se definió la SSR como un derecho de las personas a condiciones óptimas de salud física, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades y dolencias en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo (no solo lo relacionado con la planificación familiar) y sus funciones y procesos. La SSR debe contribuir al disfrute de una vida sexual satisfactoria y a la libertad para decidir sobre la procreación. Por su parte, la equidad de género en salud centra la atención en los derechos reproductivos y en la reducción de desigualdades innecesarias, evitables e injustas en el estado de salud entre hombres y mujeres, así como en el acceso a la atención en salud. En SSR tanto el género como la etnia son considerados factores determinantes en la desigualdad de oportunidades para el acceso a los servicios de salud (Freyermuth, 2010). En principio, el cumplimiento de estos compromisos debería ser una de las prioridades de las políticas de salud.

Un dato importante sobre el SP, es que “el 81% de sus titulares son mujeres, lo que hace suponer que dicho programa está enfocado principalmente a cubrir la problemática materno- infantil de salud” (Laurell, 2013: 123). Otros datos que confirman la prevalencia de servicios de salud dirigidos a las mujeres, muestran que el 74% de los egresos hospitalarios atendidos por SP en el 2011 fueron por atención obstétrica (Díaz, 2011). Pese a estos altos niveles de aseguramiento de la población femenina no se puede afirmar que el presupuesto de los programas de SSR se fortaleciera con la creación del SP, esto se debe según Díaz (2010) a que aunque se hubiera incrementado el presupuesto del Ramo 12 (destinado a la salud), su ejecución está sujeta a la voluntad política del ejecutivo local; además de que los recursos no tienen una asignación específica para programas como los de SSR, lo que dificulta garantizar el cumplimiento de las acciones en esta materia.

En un comunicado divulgado en mayo de 2013 por la Coalición por la Salud de las Mujeres de México, las políticas para la SSR deberían garantizar tanto la posibilidad de disfrutar de una maternidad voluntaria y saludable, como la de experimentar embarazos y partos seguros, particularmente para las mujeres que viven en condiciones de vulnerabilidad (entre ellas las adolescentes, indígenas y los pobres). Sobre este último punto, se considera por ejemplo que el cáncer cérvico-uterino es una de las enfermedades que mejor refleja la desigualdad, porque dada la tecnología actual puede ser prevenible, sin embargo la mayor parte de las mujeres que mueren a consecuencia de esta enfermedad son pobres, y México

tiene una de las tasas más altas en el mundo de mortalidad por esta enfermedad (OPS, 2008: 21). Las investigaciones también han señalado que a pesar de la extensión de los servicios en SSR, los programas siguen presentando sesgos en aspectos como la difusión de la información sobre anticoncepción que se difunde principalmente entre mujeres unidas y casadas, mientras que entre las mujeres indígenas, las menos educadas y las solteras se presentan niveles bajos de conocimiento sobre este tema (Lerner y Szass, 2009:3).

Pese a que en las últimas décadas se han implementado diversos programas dirigidos a disminuir la mortalidad materna, este sigue siendo uno de los problemas por resolver en materia de políticas de salud⁸. Según el Observatorio de la Seguridad Materna, para el 2010, más del 91% de las mujeres que fallecieron por causas de muerte materna llegaron a establecimientos hospitalarios donde recibieron algún tipo de atención. Sin embargo, los servicios de emergencias obstétricas, y en general, los servicios relacionados con embarazo y parto presentan, en muchos estados, deficiencias en la dotación hospitalaria y problemas de calidad en la atención. Estas dificultades se presentan con mayor énfasis en los estados de más alta marginación y con mayor porcentaje de población indígena como Oaxaca, Guerrero y Chiapas⁹.

Entre los problemas de las políticas de salud en México y de las acciones en SSR en particular, están la desarticulación de los servicios, la falta de personal capacitado y la descoordinación entre la federación y los estados. Además de la desarticulación de programas e instancias encargadas de garantizar la salud reproductiva de las mujeres.

⁸ Para 2015, México se comprometió a reducir en dos terceras partes el número de defunciones relacionadas con las complicaciones del embarazo, parto y puerperio de una tasa de 72.6% a una de 22.3 por cada 100 mil nacidos vivos, sin embargo esta meta está lejos de ser cumplida porque pese a la baja la tasa sigue estando en 40 mujeres fallecidas (Toribio, 2013).

⁹ Estas reflexiones pueden ampliarse en el comunicado sobre la muerte materna en México divulgado por la Coalición por la Salud de las Mujeres el 9 de mayo de 2012 y en la página del Observatorio de la Mortalidad Materna en México.

3. Enfoques conceptuales

3.1 Determinantes sociales de la salud

El abordaje de los aspectos sociales que influyen en los procesos de salud/enfermedad y las diferencias en la forma y temporalidad en que se dan dichos fenómenos es una labor compleja. En el plano de la SSR se ha evidenciado que existen diferencias de género en la atención y calidad de los servicios médicos, lo cual cambia de acuerdo con la pertenencia socioeconómica (Ariza y Oliveira, 2008). Las brechas relacionadas con el género y la pobreza producen inequidades sociales con repercusiones sobre la salud. Dichas inequidades aluden a “[...] diferencias injustas y evitables en el estado de salud de los individuos, poblaciones o grupos que tienen diferentes características demográficas, socioeconómicas o geográficas” (Vega, Solar e Irwin, 2005:9).

Los determinantes sociales de la salud (DSS) suministran un marco explicativo para analizar las relaciones entre la forma cómo se organiza y se desarrolla una sociedad y la influencia sobre la situación de salud de la población. Los DSS son definidos como “las condiciones sociales en las que las personas viven y trabajan, que tienen influencias sobre el proceso salud/enfermedad o las características sociales dentro de las cuales la vida transcurre” (Tarlov, 1996:72). En principio, los determinantes de la salud eran asociados principalmente con factores meramente de carácter individual, en donde se profundizaba en interpretaciones bio–naturalistas de la enfermedad (Garduño *et al.*, 2009). No obstante, la visión biológica de la salud–enfermedad es insuficiente para explicar el complejo entramado que se vincula con la salud colectiva, ya que encubre las características de organización y distribución social que conducen a estados diferenciales e inequitativos de bienestar.

Los DSS aparecen como una alternativa teórica que relaciona un complejo modelo en el que el individuo se ve influenciado por su medio social. El estatus de lo biológico no puede ni debe ser considerado aislado de las inercias sociales, ni mucho menos, la explicación de la biología puede ser extrapolada a las relaciones humanas (Garduño *et al.*, 2009). La formulación explicativa del perfil de salud de la población abarca una forma más amplia y comprensiva que articula diversos ejes sociales que interactúan con lo biológico. La salud o enfermedad guarda estrechos vínculos con las circunstancias que prevalecen en el mundo en el que transcurre la existencia de las poblaciones, las características del entorno ambiental, los estilos de vida y los riesgos de sus integrantes (Martínez, 2009). Con base en esto puede afirmarse que las diferencias en las condiciones en salud derivadas de las desigualdades sociales son evitables, ya que no son diferencias producidas por los individuos (Whitehead, 1992). En el modelo de Dahlgren y Whitehead (1992), las inequidades en salud son explicadas por las interacciones entre distintos niveles de condiciones causales, que van desde el individuo hasta la comunidad (Figura 1).

El diagrama de los DSS está representado a modo de anillos concéntricos donde las personas se sitúan en la base. A nivel individual, la edad, el sexo y los factores genéticos condicionan su potencial de salud; dichos factores son los más difíciles de intervenir, dado que sus cambios obedecen a procesos biológicos que en ciertos casos no son modificables,

como el envejecimiento. El modelo también considera las condiciones de vida y trabajo, acceso a alimentos y servicios esenciales y, por último, las condiciones generales, socioeconómicas, culturales y ambientales que abarcan todos los anillos y se convierten en los elementos estructurantes de las condiciones de vida y salud de los sujetos.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2005) considera que los DSS son “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los sistemas establecidos para combatir las enfermedades. A su vez, esas circunstancias están configuradas por un conjunto más amplio de fuerzas: económicas, sociales, normativas y políticas” (OMS 2005:1). Uno de los grandes aportes de este enfoque es la preponderancia que da a los servicios de salud como punto crucial para el logro de la equidad en salud. También se rescata la ampliación de temas como el socioeconómico y de género, los cuales resultan de particular interés en este estudio, ya que ambas variables se conjugan para incidir en la salud de las mujeres.

Figura 1. Determinantes sociales de la salud



Fuente: Dahlgren y Whitehead, 1992

3.2 La relación género, pobreza y salud

Para entender la relación de determinantes sociales de la salud específicos como el género y la pobreza, se retoma el concepto de divisiones sociales que complementa el enfoque de los DSS, con una perspectiva relacional. Las divisiones sociales se refieren a las distinciones que se encuentran en la sociedad entre diferentes grupos de personas. Dichos grupos son sancionados como diferentes, tanto en términos materiales como culturales. Las divisiones

persisten en la sociedad porque son reproducidas por las creencias culturales dominantes, la interacción de los individuos y la organización de las instituciones sociales. Pertenecer a alguna división social en específico confiere al individuo oportunidades desiguales de acceso a los recursos sociales (Payne, 2006: 348). Las divisiones sociales más importantes en la sociedad contemporánea son la clase social, el género y la etnicidad. Sin embargo, no son las únicas, ya que se encuentran otras, tales como la sexualidad, la edad, la discapacidad, etcétera. La perspectiva de las divisiones sociales resulta de utilidad por dos razones particulares. Por un lado, permite entender el mundo social como un lugar donde no todos somos iguales, ni gozamos de las mismas oportunidades. Por el otro, analiza la sociedad como una construcción en la que ningún arreglo social resulta “natural” y fijo. Por el contrario, propone que todos los arreglos sociales deben de ser examinados a la luz de los resultados que traen desde la equidad en el acceso a las oportunidades sociales. En este caso, el interés es examinar los arreglos sociales, en términos del acceso a los servicios de salud, de un grupo que por sus características *a priori* podría considerarse como un grupo en desventaja.

De acuerdo con las divisiones, las personas pueden estar “mejor” o “peor”. Aquellos que se encuentran en las mejores categorías suelen tener más control sobre sus vidas y contar con más recursos (Payne, 2006: p.6). Pero las personas no pertenecen únicamente a una sola división social. Las divisiones sociales comúnmente se sobreponen y trabajan en combinaciones específicas que contribuyen a generar más o menos desventaja social. Esa es la razón por la cual se examina la intersección entre género y pobreza. A pesar de que las mujeres tienen condiciones particulares de salud, no necesariamente todas las mujeres, por el hecho de ostentar esta condición, tienen un acceso a la salud deficiente. El interés es conocer cómo se produce el acceso a la salud cuando la condición de género se cruza con la pobreza.

El género es una de las tres grandes divisiones sociales en la sociedad contemporánea (Payne, 2006: 16). El tomar en cuenta el género implica no solo que existen diferentes roles, sino que las mujeres tienen posición desventajosa frente a su contraparte masculina en la sociedad (Abbott, 2006). El género impone relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres mediante normas y valores culturales y simbólicos. Pero esto no se refiere solamente al ámbito individual, sino que impregna las instituciones sociales en una gama compleja de estructuras, prácticas y comportamientos; por ello es un principio organizador de la vida social (West, 1993). Existen una serie de desigualdades materiales basadas en el género. Ellas tienen que ver con diferencias en el acceso al empleo, pensiones y seguridad social. En la vida familiar las mujeres realizan la mayor parte del trabajo doméstico (independientemente de que participen o no en el mercado laboral) y el cuidado de otros miembros de la familia (Razavi y Staab, 2010). También en muchos casos las mujeres no cuentan con suficiente independencia o recursos para poder decidir por sí mismas sobre qué hacer (OMS, 2009). Asimismo, las mujeres suelen experimentar más la pobreza que los hombres (Rodríguez, 2012). Todos estos factores de desventaja pueden influir en sus posibilidades de acceso a los servicios de salud.

La pobreza ha sido conceptualizada de varias maneras. En primer lugar, como la falta de ingreso suficiente. Pero la falta de ingreso conlleva a otras carencias, por lo que se asume comúnmente que la pobreza debe de ser entendida tomando también en cuenta sus

consecuencias. De este modo, la pobreza podría definirse como incapacidad de participar en la sociedad (la obtención de ciertos bienes materiales y la participación en ciertas actividades sociales) debido a una falta de recursos suficientes (Townsend, 1979; Nolan y Whelan, 1996). De acuerdo con Platt, se trata de un fenómeno totalmente asociado con otras divisiones sociales, de modo tal que la pobreza es producida por esas divisiones, pero a la vez contribuye a reforzarlas. Se encuentra una alta correlación entre aquellos grupos en desventaja social y los grupos con mayores índices de pobreza, debido a que existe un aspecto cíclico, bajo el cual la pobreza trae como consecuencia pobres resultados, los cuáles a su vez implican mayor pobreza (Platt, 2006: 276).

En esta investigación interesa particularmente la intersección entre género y pobreza porque la desigualdad de género se extiende más allá de la pobreza, y la pobreza no es exclusiva de las mujeres (Medeiros y Costa, 2010: 95). Sin embargo, las mujeres pobres pueden acumular desventajas importantes por el hecho de conjugar ambas condiciones sociales. De hecho, se ha demostrado que las mujeres pobres tienen mayores problemas de salud que las mujeres no pobres, y que los mismos hombres pobres (Sen *et al.*, 2005; OMS, 2009a).

El anterior ejemplo muestra que las variaciones en la salud están relacionadas con la posibilidad de pertenecer o no a ciertos grupos sociales. Por tanto, el campo de la salud puede ser visto como una arena en la que varias divisiones sociales compiten e interactúan y producen esta división social en particular (Payne *et al.*, 2006). El mismo autor demuestra cómo tres divisiones sociales importantes: clase, edad y género tienen efectos distintivos en la salud, la enfermedad y la muerte (Payne, 2006: 339). Townsend *et al.* (1992), por su parte, realizaron un estudio bajo el cual se usó la tasa de mortalidad y las causas de muerte para mostrar cómo existían importantes diferencias en oportunidades de vida y la penalidad que algunos grupos pagaban a través de una muerte temprana. El estudio encontró una alta correlación entre una situación de salud pobre y condiciones de privación material. Otros estudios también han demostrado que la pobreza es una causa significativa de mala salud (Cohen *et al.*, 1992; García, 1993; Vega, Solar e Irwin, 2005; Erviti, 2010). Ello porque vivir en pobreza trae directamente problemas materiales y el estrés de vivir con ellos (Morris y Ritchie, 1994; Cortés, 2006).

Donabedian (1988) establece que el proceso de atención médica no se da en el vacío, sino en un contexto o “entorno”. Este entorno es lo suficientemente complejo, pero puede ser dividido en dos categorías: 1) estructuras y los procesos que constituyen la organización de la atención médica y que rodean tal proceso y 2) valores sociales y rasgos culturales más determinantes que también repercuten en la necesidad y en la percepción de la misma. La pobreza o nivel socioeconómico es parte del contexto de los individuos y puede ser más perjudicial dentro de los servicios de salud si no hay un reconocimiento por parte de los proveedores médicos por indagar sobre las condiciones de vida de los sujetos y la incidencia sobre ellos. Por lo regular, en casi todas las poblaciones, sobre todo las menos privilegiadas, existe gran reserva de necesidades latentes, no reconocidas y no satisfechas que se da por la incongruencia de posturas (entre el personal de salud y los pacientes) y marca mayores brechas cuando el grupo de intervención es económicamente marginado (Donabedian, 1988).

La interrelación demostrada entre estos factores ha propiciado que se genere investigación en salud con perspectiva de género. Dicha investigación asume que factores culturales de género son determinantes sociales de la salud porque las diferencias de salud entre hombres y mujeres se mantienen incluso si se toma en cuenta otras variables como clase social, edad, la etnia o el territorio (Fleitas, 2013: 66; Sen *et al.*, 2005:2).

Numerosas investigaciones demuestran que si bien, la clase social sigue siendo uno de los factores más importantes en las diferencias en salud, existen también diferencias significativas entre raza y género, al interior de las distintas clases sociales. No obstante, ha tomado mucho tiempo para que se reconozca al género como un factor de peso en comparación con la clase socioeconómica o la raza (Sen *et al.*, 2005). De hecho, al introducir la categoría de género se enriquece el conocimiento de los procesos que determinan la salud, la enfermedad y la atención porque muestran una serie de componentes que, aunque están relacionados con las categorías de clase o etnia, tienen una capacidad de explicación de la realidad relativamente autónoma (Ramos, 2006).

Esta perspectiva propone que el género sea investigado sobre la base de entender la cultura de dominación que impera y su relación con la salud, más allá de los determinantes biológicos, porque se asume que los factores de carácter social tienden a incrementar las diferencias biológicas (Sen *et al.*, 2005; Ramos, 2006; Guarnizo-Herreño y Agudelo, 2008). Las diferencias en la situación de salud de hombres y mujeres son de tal magnitud que las mujeres merecen que se les preste una atención particular. Ello porque, por un lado, hay situaciones que son exclusivamente femeninas, tales como los fenómenos biológicos del embarazo y el parto, los cuales solo las mujeres experimentan. Pero, otra cuestión importante, es que si bien hay trastornos que afectan por igual a ambos sexos, las mujeres pueden tener mayores dificultades para obtener la asistencia sanitaria que necesitan. Las desigualdades de género en materia de educación, ingreso y empleo limitan la capacidad de las mujeres para cuidar su propia salud (OMS, 2009a).

“El género parece influir en los riesgos de mortalidad y morbilidad debido a diferencias en la exposición y en la vulnerabilidad, en la gravedad y consecuencias de la enfermedad; en el acceso a los recursos para la promoción de la salud y la prevención, el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad; en los comportamientos relacionados con la salud; en la experiencia y las consecuencias de la mala salud, y en las respuestas del sector de la salud” (Sen *et al.*, 2005: 12). Este último punto ha sido un área de investigación que resulta particularmente relevante y es bajo la cual se inscribe el presente estudio. Se trata de aquella relacionada con explicar las desigualdades de género en el acceso, las políticas y el funcionamiento de los sistemas de salud (Guarnizo-Herreño y Agudelo, 2008). Se ha criticado la política de salud por su insuficiente incorporación del enfoque de género (Fleitas, 2013: 68-69). Algunos de los problemas analizados han sido el acceso de las mujeres a los servicios de salud (Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 2004), así como problemas de comunicación médico-paciente debido a visiones sexistas (Sen *et al.*, 2005).

De acuerdo con Castro (2006), en las relaciones de poder con proveedores de servicios de salud, las mujeres pueden ser sujetas activas, sujetas de derechos, resistirse y a la vez utilizar a la institución como apoyo para resolver sus problemas en salud; o bien, las

mujeres pueden ser pasivas al recibir indicaciones y aceptar condiciones aunque no estén de acuerdo. Este último caso es el más prevaleciente, especialmente porque con los profesionales de la salud es común que se refuercen los estereotipos paternalistas de los que las mujeres son objeto. A través de los discursos médicos y las interacciones en el ámbito de los servicios de SSR, a las mujeres se les asigna culpa o son penalizadas por no actuar “adecuadamente” frente a determinados sucesos relacionados con su cuerpo (Erviti, 2010). Referente a las mujeres, los profesionales médicos han tendido a recargar la creencia de que son ellas quienes deben manejar y controlar los riesgos para la salud, exigiendo “ciertas disciplinas sobre su cuerpo” (Erviti, 2010:104).

Una hipótesis fundamental en este tipo de estudios es que la pobreza profundiza los efectos de las desigualdades de género en la salud de las mujeres porque ambos factores se combinan para crear barreras muy poderosas al bienestar de las mujeres (Fleitas, 2013; Sen *et al.*, 2005; Ramos, 2006; OMS, 2009a). Particularmente, en condiciones de pobreza se encuentra que la mala salud reproductiva es una constante que caracteriza la situación de las mujeres. De hecho, se considera que en los países en desarrollo los problemas de salud reproductiva pueden ser muy importantes para explicar las diferencias de género en salud (Cottingham y Myntti, 2002; Cook *et al.*, 2003; OMS, 2009a). Igualmente es posible encontrar en estos contextos que las mujeres pueden tener mayores problemas para el acceso a los servicios de salud (Puentes-Markides, 1992; Thaddeus y Maine, 1994).

A partir de la Conferencia del Cairo que tuvo lugar en 1994, el tema de la SSR tomó importancia internacional y se generó el compromiso de los gobiernos de fortalecerla. No obstante, en la práctica, la aplicación de políticas y programas de SSR a nivel nacional, así como el ejercicio cotidiano de los derechos sexuales y reproductivos (por la construcción social del género), y el acceso de las personas a los servicios, se encuentra lleno de problemas y contradicciones (Ramos, 2006).

El tema de la salud reproductiva resulta de suma importancia no solo porque afecta la salud y el bienestar de las personas involucradas, sino porque si no existe la posibilidad de decidir libremente en ese campo y acceder a los servicios adecuados, ello se constituye una violación de los derechos humanos de las mujeres (Cook *et al.*, 2003; Ramos, 2006). De esta manera el acceso a la SSR se constituye en una cuestión de derechos, en tanto está vinculado su acceso a la ciudadanía plena y a la posibilidad de construir un estado de bienestar que también sea satisfactorio para ellas.

Debido a lo anterior el estudio analiza los problemas de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva de las mujeres pobres a través de explorar tres tipos de determinantes: aquellos que tienen que ver con el género, los relacionados con la pobreza y los relacionados con los obstáculos que impone el propio sistema de salud.

3.3 Barreras de acceso a los servicios de salud

El término de barreras de acceso a los servicios de salud es un concepto amplio que abarca diferentes dimensiones y variables que permiten su medición, sin que hasta la fecha un

modelo único sobre lo que significa y sus implicaciones. Al respecto, Garrocho (1993) menciona que a pesar de que el concepto de accesibilidad es fundamental para la planeación de los servicios de salud, en pocas ocasiones se define explícitamente, ya que se tiende a concebir como una idea clara y sencilla. Por su parte, Arredondo y Meléndez (1992) identifican diversos modelos que determinan la utilización de los servicios de salud, entre ellos el epidemiológico, el sicosocial, el sociológico y el económico, por lo que indican que es necesaria la búsqueda de marcos explicativos más acertados de los determinantes de la utilización de los servicios de salud.

No obstante, algunos autores se han acercado de manera teórica y empírica al concepto de barreras de acceso a los servicios de salud. Adaury *et al.*, 2013 indican que dichas barreras son aquellas que van más allá de la sola disponibilidad de recursos y que vincula aspectos socio-organizacionales y geográficos. Para Donabedian (1988), el acceso puede medirse por el uso de los servicios médicos, en relación con la necesidad percibida por un sujeto. De tal forma que el proceso de atención médica surge como respuesta a una necesidad que generalmente se percibe como una alteración de la salud o del bienestar.

Constantemente el acceso se refiere al proceso de búsqueda de atención y al hecho de que ésta se de en el momento requerido. Para Frenk (1985) la forma más precisa de hablar de acceso es cuando se emplea para denotar la capacidad de un sujeto para buscar y obtener atención denominado también como el “*poder de utilización*”. El acceso por lo tanto, se refiere a las características de la población o un grupo de usuarios potenciales o reales de los servicios de salud. Otras dimensiones como, los factores individuales y contextuales han sido abordados por otros autores para tratar de explicar las conductas en salud y los resultados del proceso de acceso (Andersen y Davidson, 2007). En este mismo tenor, Nigenda, Caballero y González (2009) conciben el acceso como el proceso de interacción entre usuarios y servicios con la finalidad de permitir que el individuo reciba el servicio.

Las barreras de acceso a los servicios de salud se presentan en diferentes niveles y con diversos gradientes. Algunas de estas barreras se deben a características de la población, la organización y el otorgamiento de los servicios de salud, así como de las interacciones entre proveedores de salud y usuarios (Castro 2008; Castro, 2010; Agudelo, 2012). Como se ha mencionado, las barreras más poderosas en el ámbito de la SSR son aquellas que están relacionadas con las condiciones socioeconómicas de las personas, pero también con las construcciones de género que se tejen alrededor de las mujeres, especialmente cuando atañe temas que culturalmente son sensibles de tratar, justamente porque toca los límites más íntimos (Ortega, 2003; Ariza y Oliveira, 2008; Lerner y Szasz, 2008).

Otras barreras importantes que se han identificado son las geográficas (distancia y ubicación de los servicios de salud) (Garrocho, 1993), culturales (miedos o tabúes sobre las intervenciones médicas, falsas creencias, entre otras) (Nigenda, Caballero y González, 2009), económicas (costo de las consultas, medicamentos, o pruebas; gastos para el desplazamiento; costos laborales), y aquellas que se derivan de la prestación misma de los servicios médicos (tiempos de espera, disponibilidad de los servicios, calidad de la atención) (Aday y Andersen, 1974). Asimismo, la falta de información o claridad en la comunicación entre personal de salud y pacientes se ha documentado como una barrera que los usuarios de servicios médicos encuentran y que restringe sus posibilidades para mejorar

patrones de conducta, adherirse a tratamientos, e incluso empoderarse del propio cuidado de la salud.

En el caso de las barreras físicas o geográficas, la distancia que separa los usuarios de los servicios de salud son particularmente relevantes, ya que la sola disponibilidad de servicios por sí sola no es suficiente para que las personas acudan a los puntos de atención, aun cuando estos servicios sean gratuitos (Garrocho, 1993). Los costos de transporte y tiempos de desplazamiento son determinantes para que se inicie la búsqueda de atención en salud, y ésta puede verse afectada si no existen los medios indispensables para lograrla. El problema de las barreras geográficas no es exclusivo de zonas rurales o marginales, puesto que en áreas urbanas se ha encontrado que la ubicación de los servicios constituye un elemento fundamental del acceso a la atención a la salud (Reyes *et al.*, 2009). En cuanto a las barreras socioeconómicas se distinguen aquellas que se derivan del gasto de bolsillo, debido a costos que debe asumir los usuarios para obtener los servicios, como lo son el pago de cuotas para citas, medicamentos, pruebas diagnósticas o tratamientos. Incluso, la ponderación de las pérdidas y ganancias en el trabajo constituyen en barreras económicas que son tenidas en cuenta por los sujetos y que puede postergar la atención (Adaury *et al.*, 2013).

Las barreras socioculturales también han sido sistemáticamente estudiadas. Los factores que predisponen al uso de servicios de salud, por parte de la población incluyen las actitudes y creencias frente a los servicios y el personal médico; el pudor de hablar sobre determinados temas o de ser auscultados; el miedo a procedimientos y técnicas médicas; la falta de autonomía para la toma de decisiones; la violencia intrafamiliar; los roles de género que ubican a las mujeres en actividades exclusivas del hogar (por ejemplo el cuidado de los hijos); las brechas generacionales; el nivel educativo; entre otros aspectos (Nigenda *et al.*, 2009). Finalmente, las barreras institucionales aluden a aquellas que provienen de la organización y disposición de los servicios de salud que involucran, tanto la infraestructura, los equipamientos, como el personal médico. Como barreras institucionales se pueden ubicar las concepciones de los proveedores hacia los usuarios; la insuficiencia y falta de canales eficaces de comunicación y difusión de la información; las relaciones desiguales de poder; los requisitos administrativos para la atención; los horarios y tiempos de espera para la obtención de servicios; la disponibilidad de medicamentos y servicios (como por ejemplo, métodos de planificación familiar, mastógrafos, pruebas de VPH, entre otros) (Vergara, 2009; Nigenda, Caballero y González, 2009; Agudelo, 2012).

En general, puede decirse que desde esta perspectiva, “la atención médica no es el principal condicionante de la salud de las personas, debido a que esta, en gran parte está determinada por las condiciones en las que la gente vive y trabaja” (Vega y Solar, 2005: 9). En este sentido, las políticas públicas en salud deben trascender la prioridad en disminuir el riesgo individual de enfermar y morir, e incluir las divisiones (relacionadas con las distintas oportunidades y recursos de las personas) estructuras y procesos sociales que determinan una vida saludable.

4. Análisis de caso

4.1 Abordaje metodológico

Se realizó un estudio de caso de corte cualitativo con el fin de conocer las percepciones de las mujeres sobre los servicios de SSR dentro de los centros de salud del SP. Si bien, la base de la investigación fue principalmente cualitativa, también se recurrió a fuentes de información secundaria para dar cuenta del perfil sociodemográfico de la población del municipio de León, así como de algunos indicadores en materia de SSR, especialmente aquellos relacionados con egresos hospitalarios y mortalidad. Algunas de las fuentes de información consultadas fueron:

- Censos de Población y Vivienda, 1990, 2000 y 2010. Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI).
- Censos de Población y Vivienda, 1995 y 2005. INEGI.
- Proyecciones de la población. De los municipios de México, 2010-2030. Consejo Nacional de Población (Conapo).
- Estadísticas Vitales. Mortalidad. INEGI/Secretaría de Salud.
- Egresos hospitalarios en instituciones públicas de salud. Secretaría de Salud.

Por otro lado, se realizaron entrevistas semiestructuradas a mujeres mayores de 18 años que acudían a los servicios de salud públicos. En primer lugar se estableció contacto con las autoridades de la Secretaría de Salud, a quienes se les presentó el proyecto y se les solicitó la autorización para llevar a cabo las entrevistas. En la Secretaría de Salud, el proyecto fue sometido al Comité de Investigación y fue aprobado. El lugar asignado para el estudio fue un centro de salud urbano, dentro de la Jurisdicción Sanitaria¹⁰ VII (de ocho que se disponen en el estado), correspondiente al municipio de León, Guanajuato (México). Dicho centro de salud se caracteriza por estar ubicado en punto céntrico del municipio, con afluencia permanente de usuarios en donde se prestan servicios de medicina general y cuenta con un laboratorio clínico. Mediante observación en campo se constató el grueso de las mujeres acudían al centro de salud por motivos de atención del embarazo (control prenatal) y frecuentemente por consulta infantil. Pocas veces se encontró hombres en los servicios, y en los casos en los que ellos acudían se debía a que estaban acompañando a sus parejas o familias a los servicios médicos.

Una vez obtenido dicho permiso se realizaron visitas al centro de salud donde se invitó a las mujeres en edad reproductiva (entre los 18 y 49 años) para hablar sobre la experiencia en el acceso y uso de servicios de SSR, las necesidades percibidas por ellas en este aspecto y el contexto personal y familiar. En total se realizaron 18 entrevistas entre los meses de agosto

¹⁰ Una Jurisdicción Sanitaria es una unidad técnico-administrativa desconcentrada por región que cuenta con recursos y facultades para otorgar atención médica a la población no asegurada, con el propósito de conducir adecuadamente las acciones del sector en su área de influencia. Está conformada con base en criterios demográficos, epidemiológicos, geográficos, políticos y sociales. Agrupa a municipios rurales y urbanos y dispone de centros de salud, unidades médicas especializadas, hospitales y otros organismos para desarrollar programas y servicios de prevención y protección de la salud.

y octubre de 2013. Los criterios de selección de la muestra fueron por conveniencia, buscando diversidad de las mujeres por edad, situación conyugal y paridad, lo que permitiera el contraste de visiones (Cuadro 1). El tamaño de la muestra respondió a la intención de obtener la mejor información que era posible, de acuerdo con el tiempo para la realización del estudio, sin que ello comprometiera la calidad final del mismo. Cabe señalar que el promedio de duración de las entrevistas fue de 45 minutos aproximadamente.

Los temas abordados en las entrevistas se agruparon en cuatro ejes (Anexo 1):

1. Características sociodemográficas.
2. Acceso y uso de servicios de salud.
3. Entorno familiar y social.
4. Condiciones socioeconómicas.

Cuadro 1. Descripción sociodemográficas de las mujeres entrevistadas

Entrevistada	Edad	Situación conyugal	Nivel educativo	Número de hijos	Ocupación principal
1	28	Unida	Primaria Incompleta	3	Ama de Casa
2	19	Unida	Secundaria completa	Embarazada	Ama de Casa
3	18	Unida	Secundaria completa	1	Ama de Casa
4	30	No Unida	Ninguno	1	Trabajadora independiente
5	39	Unida	Secundaria completa	7	Trabajadora independiente
6	33	No Unida	Secundaria completa	2	Ama de Casa
7	18	Unida	Secundaria completa	1	Ama de Casa
8	19	No Unida	Preparatoria	Embarazada	Estudiante
9	40	No Unida	Secundaria completa	3	Desempleada
10	46	No Unida	Primaria completa	1	Ama de Casa
11	48	No Unida	Ninguno	4	Trabajadora independiente
12	31	No Unida	Superior	Embarazada	Ama de casa
13	25	Unida	Secundaria completa	Embarazada	Ama de Casa
14	43	Unida	Ninguno	4	Ama de Casa
15	27	No Unida	Primaria Incompleta	1	Trabajadora independiente
16	38	Unida	Primaria Incompleta	2	Ama de Casa
17	35	No Unida	Carrera técnica	2	Empleada
18	26	No Unida	Secundaria completa	2	Empleada

Fuente: Elaboración propia, con base en entrevistas realizadas.

Previo a cada entrevista, se invitó a las mujeres a participar en el estudio, se les notificó la confidencialidad de la información proporcionada, así como el derecho de suspender la entrevista en el momento que lo consideraran pertinente. Se enfatizó a las participantes que sus aportaciones no tendrían ninguna repercusión en el servicio que estaban solicitando. Asimismo, se les hizo entrega de un formato de Consentimiento Informado (Anexo 2), el

cual debían firmar y de una Tarjeta Informativa con los datos telefónicos y correo electrónico de la investigadora responsable del proyecto, en caso de dudas o comentarios.

Las entrevistas fueron audiograbadas (con autorización de las mujeres) y luego transcritas en formato de *Word* para ser procesadas y analizadas en el software especializado *Atlas.Ti*. Cada entrevista fue codificada con el propósito de resguardar la identidad de las mujeres. En la sección de resultados los testimonios de las mujeres son referenciados con un número asignado a la entrevista correspondiente. Por último, se hizo una codificación de las barreras, tomando cuatro grandes grupos, tal como se presenta en el cuadro 2, con sus respectivas categorías de análisis.

Cuadro 2. Tipo y categorías de barreras en salud

Tipo de Barreras	Categorías
Geográficas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ubicación de los centros de salud ▪ Disponibilidad de transporte ▪ Tiempo y condiciones del desplazamiento
Socioeconómicas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ocupación de las mujeres ▪ Gastos en salud ▪ Características socioeconómicas ▪ Nivel educativo ▪ Condiciones de la vivienda
Socioculturales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entorno familiar (distribución de las cargas de trabajo doméstico, violencia, entre otros) ▪ Diferencias generacionales (en función de la edad de las entrevistadas) ▪ Relaciones de poder dentro del hogar ▪ Autonomía para la toma de decisiones ▪ Miedos o pudor frente a los servicios de salud ▪ Tabúes ▪ Desconfianza hacia el personal médico
Institucionales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Condiciones y características de la infraestructura de los centros ▪ Horarios y disponibilidad de servicios ▪ Calidad de los servicios médicos ▪ Tiempo de espera ▪ Información y prevención ▪ Relación médico-paciente

Fuente: Elaboración propia.

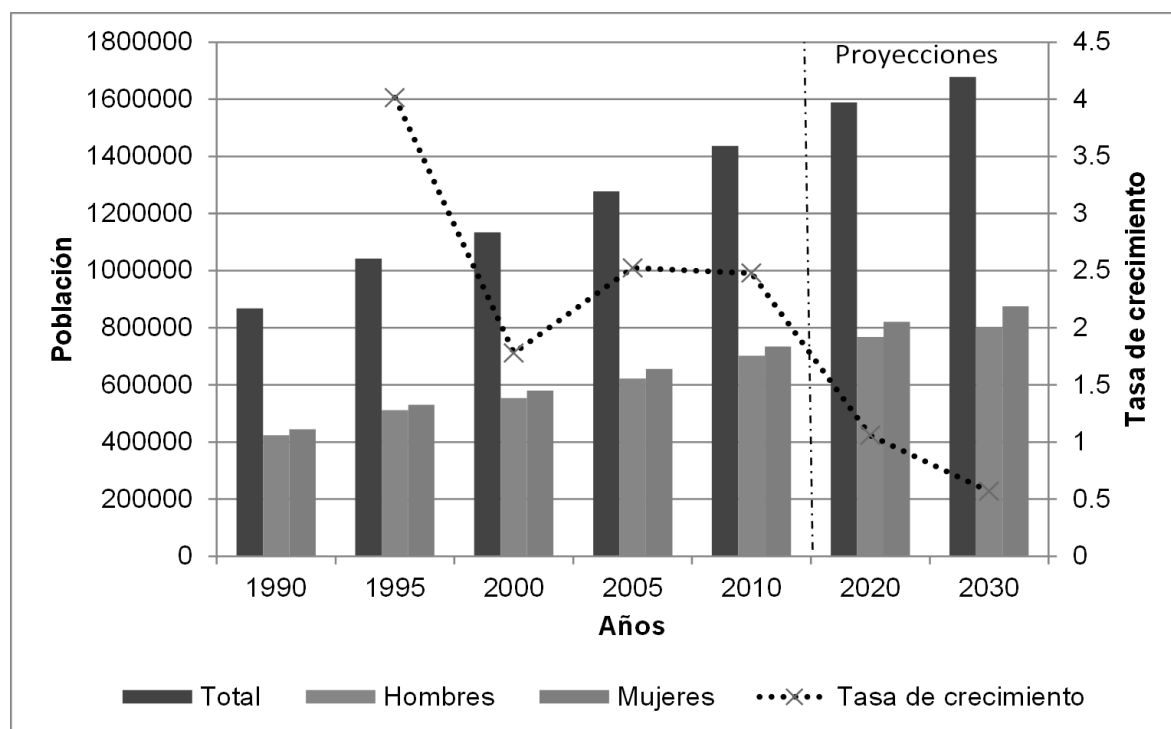
4.2 Contexto geográfico y sociodemográfico del municipio de León

El Municipio de León es uno de los 46 municipios en los que se divide el estado mexicano de Guanajuato, es por población el mayor del estado y su cabecera, la ciudad de León de los Aldama, es también la mayor ciudad de Guanajuato. El área del territorio municipal comprende 1,883.20 kms cuadrados, equivalentes al 3.87% de la superficie del estado y el 0.095% el territorio nacional. El municipio se divide territorialmente en 242 localidades. El área del territorio municipal comprende 1,219.67 km², equivalentes al 4.8% de la superficie estatal y al 11.75% correspondientes a la región I-Noreste. El clima es templado, muy benigno todo el año. Su temperatura media anual es de 19.2°C. La precipitación pluvial

media anual es de 697.6 milímetros; los vientos dominantes provienen del oeste, la temperatura máxima es de 35.3°C y la mínima de 0°C (Ayuntamiento de León, 2013).

De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda del año 2010, del INEGI, la población del municipio de León ascendió a 1.4 millones de personas (70 1781 hombres y 73 4699 mujeres) es decir, que representó 26.2% del total del Estado de Guanajuato. Entre 1990 y 2010 la tasa de crecimiento poblacional fue de 3.3% en promedio anual, y se espera que para 2020 y 2030 la población siga aumentando, aunque a tasas menores a las registradas en años previos (Gráfica 2).

Gráfica 2. Población y tasa de crecimiento poblacional. León, 1990-2030

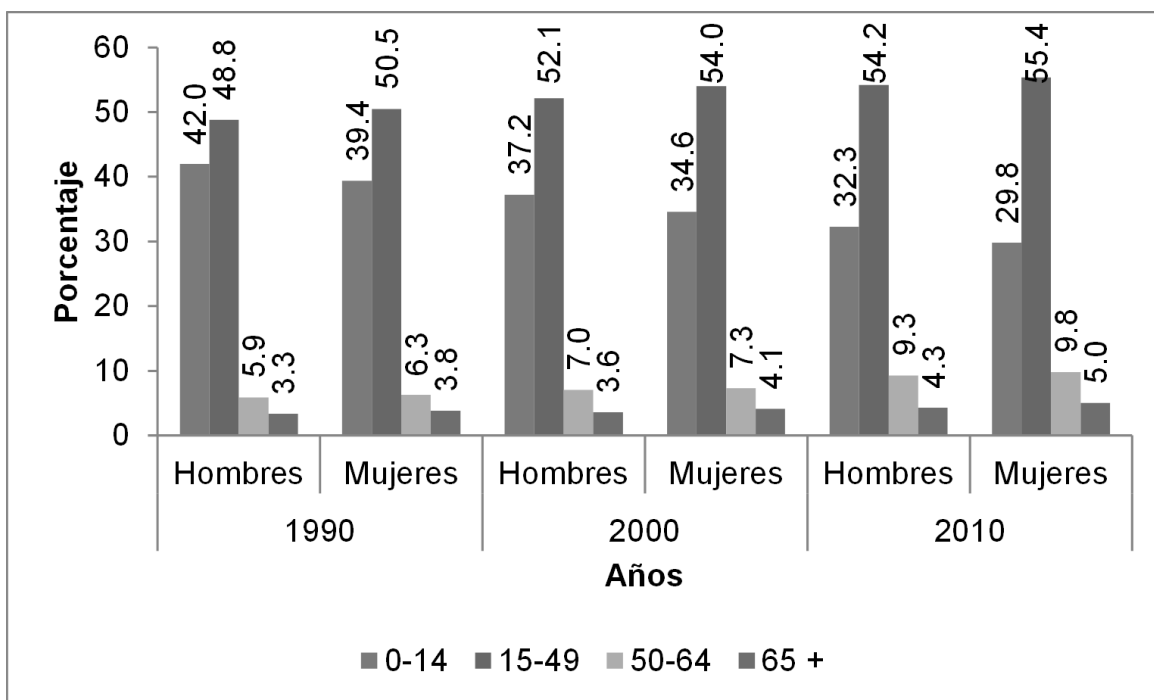


Fuente: Elaboración propia. INEGI, Censos de Población y Vivienda 1990, 2000 y 2010. Conteos de Población y Vivienda 1995 y 2005/ Conapo, Proyecciones de la población. De los Municipios de México, 2010-2030.

Nota: De 1990 a 2010 las tasas de crecimiento son para el promedio de 5 años y de 2010 a 2030 son para el promedio de 10 años.

La distribución de la población por grandes grupos de edad indica una tendencia al envejecimiento de los leoneses: mientras que la población entre 0 y 14 años ha declinado, la población de 65 años o más ha ido incrementándose progresivamente de 1990 a 2010. Por otro lado, sobresale el hecho de que existe una importante concentración de población entre los 15 y 49 años, principalmente entre el grupo femenino, que para 2010 tuvo 55.4% en este rango de edad (Gráfica 3).

Gráfica 3. Distribución de la población por grupos de edad. León, 1990-2010



Fuente: Elaboración propia. INEGI, Censos de Población y Vivienda 1990, 2000 y 2010.

En 2010, la relación de hombres por cada 100 mujeres fue de 95 para el municipio, en tanto para todo el estado fue de 93 hombres por la misma cantidad de mujeres. Sin embargo, para 2030, con base en estimaciones del Consejo Nacional de Población (Conapo), en ambos ámbitos geográficos el índice de masculinidad se igualará en 94. La mayor parte del municipio es alfabeta, alcanzando un porcentaje de 94.4% entre la población de 15 años en adelante, valor que desciende en las mujeres (93.3%) y aumenta en los hombres (95.5%). El grado promedio de escolaridad es de 8.54 años, mayor a la registrada en todo el estado (7.73 años). Tan solo 0.24% de la población del municipio habla alguna lengua indígena.

En el Censo de 2010 se encontró que 70.1% de la población (1 436 480) de León tenía algún tipo de derechohabiencia; este porcentaje fue ligeramente mayor a la cobertura de todo el estado (69.7%) y al nacional (64.6%).

En el ámbito nacional y el municipal, el mayor porcentaje de derechohabientes pertenecían al IMSS, mientras que en el estado el SP o Nueva Generación (NG) cubría a casi la mitad de la población con servicios de salud. En León, el SP o NG atiende a un cuarto de los habitantes; este porcentaje es menor al que se registró para Guanajuato y toda la República Mexicana en 2010 (Cuadro 3).

Cuadro 3. Población y distribución porcentual según condición de derechohabiencia a servicios de salud y tipo de institución. México, Guanajuato y León, 2010

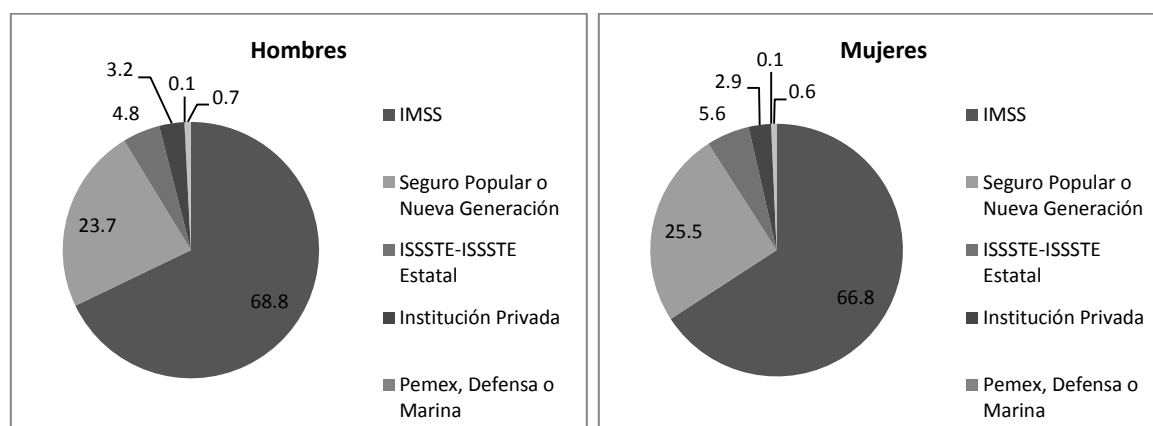
Institución de salud	León		Guanajuato		México	
	Población*	%*	Población*	%*	Población*	%*
IMSS	681869	67.7	1573207	41.2	35380021	48.8
Seguro Popular o Nueva Generación	52437	24.6	264886	49.5	7204514	36.2
ISSSTE, ISSSTE Estatal	709	5.2	41373	6.9	1091321	9.9
Institución Privada	248042	3.1	1891801	1.7	26229071	2.8
Pemex, Defensa o Marina	30797	0.1	64015	1.1	2006687	1.5
Otra institución	6940	0.7	29246	0.8	1647155	2.3

Fuente: Elaboración propia. INEGI, Censo de Población y Vivienda, 2010.

* La suma y porcentaje de los derechohabientes en las distintas instituciones de salud puede ser mayor al total por aquella población que tiene derecho a este servicio en más de una institución de salud.

Al desagregar la derechohabiencia por sexo se encuentra que las mujeres del municipio del León presentaron una cobertura a los servicios de salud de 71.8% *versus* los varones que tuvieron 68.2%. En ambos casos, el IMSS contaba con casi 70% de los derechohabientes, seguido por el SP o NG (Gráfica 4). Por grupos de edad y sexo se observa que 24.9% de la población de 15 a 49 años de edad está cubierta por el SP (Cuadro 4).

Gráfica 4. Distribución porcentual* según condición de derechohabiencia a servicios de salud, sexo y tipo de institución. León, 2010



Fuente: Elaboración propia. INEGI, Censo de Población y Vivienda, 2010.

* La suma y porcentaje de los derechohabientes en las distintas instituciones de salud puede ser mayor al total por aquella población que tiene derecho a este servicio en más de una institución de salud.

Cuadro 4. Distribución porcentual de la población según condición de derechohabencia a servicios de salud, por sexo y grupos de edad. León, 2010

Institución de salud	Grupos de edad (%)*			
	0-14	15-49	50-64	65 +
Hombres				
IMSS	62.6	71.1	73.1	81.4
ISSSTE, ISSSTE Estatal	4.1	4.7	7.6	5.4
Pemex, Defensa o Marina	0.1	0.1	0.1	0.2
Seguro Popular o Nueva Generación ³	31.7	20.8	16.1	11.7
Institución privada	2.6	3.8	3.5	1.8
Otra institución ⁴	0.6	0.8	0.7	0.6
Mujeres				
IMSS	62.5	66.6	74.1	78.3
ISSSTE, ISSSTE Estatal	4.1	5.8	8.2	6.7
Pemex, Defensa o Marina	0.0	0.1	0.1	0.2
Seguro Popular Nueva Generación ³	31.9	24.9	15.8	13.5
Institución privada	2.6	3.3	2.5	1.8
Otra institución ⁴	0.6	0.7	0.6	0.7

Fuente: Elaboración propia. INEGI, Censo de Población y Vivienda, 2010.

* La suma y porcentaje de los derechohabientes en las distintas instituciones de salud puede ser mayor al total por aquella población que tiene derecho a este servicio en más de una institución de salud.

4.3. Algunos indicadores en salud sexual y reproductiva en el municipio de León

Para el año 2011, en el municipio de León 39.7% de los egresos hospitalarios de las mujeres en edad reproductiva (15-49 años), en instituciones públicas de salud, correspondieron a causas relacionadas con algún aspecto de atención en SSR, destacando sobre todos los servicios, la demanda del parto único espontáneo, el cual representó una quinta parte de los egresos registrados (Cuadro 5).

Cuadro 5. Principales causas de egresos hospitalarios de la población femenina en edad reproductiva en centros de salud. León, 2011

Nº	Causa de Egreso	Número	Porcentaje
1	Parto único espontáneo	7,877	26.8
2	Aborto	1,957	6.7
3	Parto obstruido	1,459	5.0
4	Edema proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo	732	2.5
5	Colelitiasis y colecistitis	716	2.4
6	Apendicitis	442	1.5
7	Hemorragia obstétrica	364	1.2
8	Nefritis y nefrosis	307	1.0
9	Uso de drogas	252	0.9
10	Fractura de la pierna, inclusive del tobillo	248	0.8
Total		29,359	100

Fuente: Elaboración propia. Secretaría de Salud. Sistema de Administración de Egresos Hospitalarios, 2011.

Respecto a las causas de muerte, se encuentra que para 2011, el cáncer de mama y el cáncer cérvico uterino aparecen en la lista de las principales causas de mortalidad en las mujeres entre los 15 y 49 años, tanto para el municipio de León como para el estado de Guanajuato (Cuadro 6). Para León, ambas causas sumaron el 10.7% del total de defunciones en dicho grupo de edad.

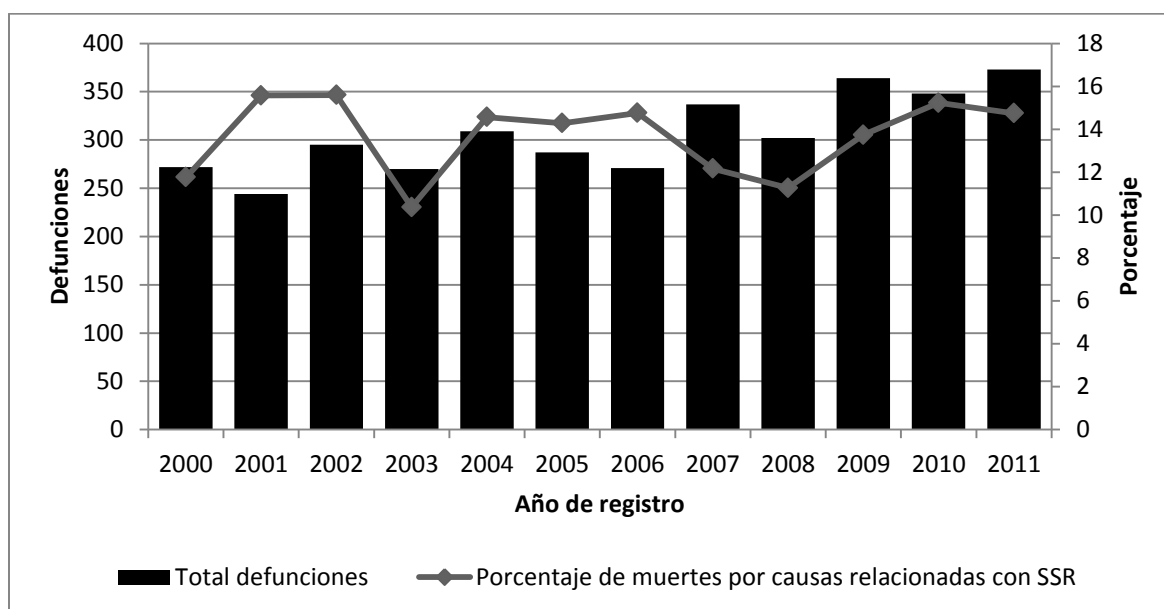
Cuadro 6. Principales causas de muerte de la población femenina en edad reproductiva en centros de salud. León, 2011

León			Guanajuato		
Nº	Causa de muerte	%	Nº	Causa de muerte	%
1	Diabetes mellitus	17.1	1	Diabetes mellitus	14
2	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	6.8	2	Accidentes de vehículo de motor (tránsito)	7.1
3	<i>Tumor maligno de la mama</i>	6.5	3	Nefritis y nefrosis	6.8
4	Nefritis y nefrosis	6.1	4	<i>Tumor maligno de la mama</i>	6.7
5	Accidentes de vehículo de motor (tránsito)	4.9	5	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	5.8
6	<i>Tumor maligno del cuello del útero</i>	4.2	6	<i>Tumor maligno del cuello del útero</i>	5.0
7	Enfermedades isquémicas del corazón	4.2	7	Enfermedades isquémicas del corazón	4.6
8	Leucemia	4.2	8	Leucemia	3.8
9	Enfermedad cerebrovascular	3.8	9	Enfermedad cerebrovascular	3.6
10	Enfermedades hipertensivas	3.0	10	Enfermedades hipertensivas	3.5
	Demás	39.2		Demás	39.3
Total		100	Total		100

Fuente: Elaboración propia. INEGI/Secretaría de Salud. Defunciones, 2011.

Entre 2000 y 2010, las muertes por causas asociadas con la SSR de las leonenses en edad reproductiva ha sido en promedio el 13% del total de las muertes, siendo menor en 2007 (10.4%) y más elevada en 2001 y 2002, donde ascendió a 15.6%, respectivamente (Gráfica 7). En 2011 este porcentaje se situó en 14.7%. Durante este periodo se notificaron 503 muertes por motivos de SSR, entre los que también destacan el tumor maligno de ovario, el Vih/Sida, el tumor maligno del cuerpo del útero y la hemorragia obstétrica (Cuadro 7).

Gráfica 7. Defunciones y porcentaje de muertes asociadas con la salud sexual y reproductiva de la población femenina entre 15 y 49 años. León, 2011



Fuente: Elaboración propia. INEGI/Secretaría de Salud. Defunciones, 2011.

Cuadro 7. Defunciones asociadas con la salud sexual y reproductiva de la población femenina entre 15 y 49 años. León, 2011

Causa de muerte	Año de registro												Total
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Causa
Tumor maligno de la mama	11	9	19	5	13	12	10	18	12	16	21	17	163
Tumor maligno del cuello del útero	12	13	10	10	13	10	13	11	10	9	9	11	131
Tumor maligno del ovario	1	6	4	3	4	6	5	3	2	9	8	7	58
Otras causas maternas	4	2	4	7	6	4	4	3	3	8	3	9	57
VIH/SIDA	1	6	6		3	3	4	3	4	3	4	5	42
Tumor maligno del cuerpo del útero	2	1	1	1	2	4	2	2	1	2	6	4	28
Hemorragia obstétrica	1	1	0	2	3	1	0	1	1	3	1	2	16
Aborto	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	6
Infección puerperal	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Parto obstruido	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Total por año	32	38	46	28	45	41	40	41	34	50	53	55	503

Fuente: Elaboración propia. INEGI/Secretaría de Salud. Defunciones, 2011.

4.4. Resultados: Necesidades y Barreras en Salud Sexual y Reproductiva

En el acercamiento a la dinámica de atención a la salud de un centro de salud urbano en la ciudad de León-Guanajuato, se encontró, en general, coincidencias con el tipo de barreras identificadas por otros estudios sobre el tema; sin embargo, algunos factores como el geográfico y sociocultural adquieren un peso distinto en esta investigación, principalmente por el tipo de contexto que ya fue referenciado, es decir, este el municipio de León cuenta con el mayor número de habitantes del Estado, está dotado con el mayor número de centros y servicios de salud, y es predominantemente urbano. Bajo estas circunstancias se podría pensar que las barreras geográficas no deberían existir o podrían ser menores a las que en otro lugar las mujeres se enfrentarían. Además, el contexto cultural es fundamental y determina en gran medida los significados e importancia al cuidado de la salud.

La necesidad de la atención en salud fue un tema diverso entre las mujeres entrevistadas y varió en función del tipo de servicio que se estaba demandando. En el siguiente análisis se hace una desagregación de las barreras por cuatro grandes grupos que son: 1) Barreras geográficas, 2) Barreras socioeconómicas, 3) Barreras socioculturales, 4) Barreras institucionales. Las evidencias muestran que todas ellas guardan en mayor o menor medida interrelaciones que están permeadas constantemente por condiciones de género y nivel socioeconómico.

4.4.1 Barreras geográficas

Como previamente se abordó, las barreras geográficas se refieren a la distancia entre el domicilio de la persona y el establecimiento de salud, a la dificultad o restricciones para el desplazamiento y a las condiciones del acceso físico entre dos puntos. La población tiene acceso geográfico a los servicios públicos de salud cuando el centro más cercano se encuentra a 30 minutos y en el caso de la población rural a 1 hora (CNPSS, 2010; OPS, 2008).

Sobre las posibilidades de acceso al centro de salud estudiado, del total de las 18 mujeres entrevistadas, más de la mitad reportó que el tiempo de traslado es menor a media hora y todas manifestaron no tener problemas respecto a la distancia, debido a que algunas viven cerca a la unidad médica y a que se dispone de transporte que las traslada sin dificultades a este punto. En general, las mujeres manifestaron invertir entre media y una hora, como máximo, para llegar al centro de salud.

Aunque para algunas mujeres el centro de salud no es el más cercano, prefieren acudir a él porque consideran que allí tienen mayor posibilidad de recibir la atención solicitada, especialmente por los horarios de consulta dispuestos, la disponibilidad de citas y porque se cuenta con más personal de salud en comparación con otros centros. En este sentido, la ubicación de este centro de salud en particular no es vista como barrera por las mujeres, pues al contrario es una variable facilitadora del acceso a los servicios médicos.

De alguna manera, el hecho de que las mujeres cuenten con servicios de salud gratuitos (o de bajo costo) y relativamente cercanos, no es concebida como una barrera de gran peso, respecto a otras dificultades que ellas podrían tener en otras fases de la atención y con otros actores. Como se verá, las participantes dieron mayor importancia a otras barreras, que podrían tener más valor en el proceso de atención a la salud. Empero, esto no significa que otras usuarias de este servicio no tengan esta limitación, ya que, dado que la muestra fue pequeña (en relación con el total de pacientes potenciales del centro de salud), puede existir un sesgo de información al haberse captado solo a las que no tuvieron dificultades para llegar a los servicios de salud. En otras palabras, es posible que las mujeres que se abordaron en el centro de salud sean las que tuvieron un acceso real (o realizado), tal como lo plantea Andersen (1995).

En resumen, pese a que la mayoría de las mujeres entrevistadas mencionó estar satisfecha con la ubicación del centro de salud, también hicieron alusión recurrente a estar acostumbradas a tener dificultades (de dinero, tiempo, acompañantes) para acudir a los servicios. Por tanto, aunque la distancia para algunas de ellas pueda constituir un determinante que limita la asistencia y seguimiento a los SSR, no cobró relevancia en los testimonios debido a que este es visto como un problema menor frente a otros tipos de carencias más estructurales como las condiciones de la vivienda, el empleo precario y la violencia familiar.

4.4.2 Barreras socioeconómicas

En esta dimensión se ubicaron las barreras que tienen que ver con el nivel educativo de las mujeres, su ocupación, las posibilidades económicas para acceder a los servicios de salud (si cuentan con dinero para el transporte, si pueden ausentarse de su trabajo, entre otras), así como las condiciones de la vivienda. Este punto es de gran relevancia, dado que como se ha indicado a lo largo de este trabajo, los determinantes sociales y económicos se convierten en referentes centrales que inciden el uso de los servicios de salud. Sobre los aspectos relacionados con la pobreza y el género los estudios han mostrado que las mujeres pobres son más vulnerables al deterioro de sus condiciones de salud, debido a las situaciones de privación, dominación y exclusión que experimentan muchas de ellas (Fleitas, 2013). La vivencia de la pobreza por las mujeres se refleja tanto en la carencia de condiciones materiales como en las pocas oportunidades de mejorar su nivel educativo y laboral y acceder a servicios de calidad en materia de SSR. Esto coincide con los estudios que han mostrado que los niveles de salud de las personas están directamente relacionados con su condición socioeconómica (Naciones Unidas, 2005; Karam *et al.*, 2007).

En general, las mujeres entrevistadas no se autodefinieron como mujeres pobres pero sí mencionaron las dificultades que representa ser dependientes económicas de sus compañeros y/o familiares, no contar con un trabajo estable ni con la autonomía suficiente para decidir sobre su cuerpo, tener una alimentación adecuada o carecer de ingresos que les permitan cubrir servicios complementarios en SSR no cubiertos en muchos casos por el SP. En este estudio de caso se pudo ratificar la importancia de analizar los problemas para el acceso a los servicios de SSR desde una perspectiva que incluya además de los aspectos médico – institucionales, los determinantes sociales y económicos..

Nivel educativo

Se encontró que la mayoría de las mujeres cuentan con educación básica (primaria y secundaria). Esto da cuenta de un nivel de alfabetización básica en las entrevistadas, aspecto que concuerda con el carácter urbano y de baja marginación del municipio estudiado. Pese estas características, no es posible decir que se encontró dentro del grupo de entrevistadas un amplio conocimiento e información respecto a los derechos sexuales y reproductivos. Por otro lado, no se puede afirmar que exista la percepción de que la escolaridad representa una ventaja, este punto se marcó como relevante solo en uno de los testimonios donde la entrevistada contaba con estudios de educación superior. En algunos casos, incluso, se observaron dificultades para leer, comunicar y entender las instrucciones médicas, aspecto que puede afectar el uso de los servicios y puede llevar a interpretaciones equivocadas de los tratamientos. Es conocido que la educación contribuye a la elección de estilos de vida saludables, sin embargo, valdría la pena interrogarse sobre los modelos que se siguen transmitiendo sobre todo en los niveles básicos, que al parecer pocas veces incluyen la categoría de género como un elemento central en la transmisión de conocimientos.

Es de anotar que dos de las entrevistadas manifestaron no saber leer y escribir, lo que limita sus oportunidades de acceso y comprensión de la información. En ambos casos, las mujeres no conocían plenamente los derechos y servicios adquiridos al adscribirse al SP, teniendo en cuenta que la información que se entrega al beneficiario, al momento de su afiliación, es escrita, y manifestaron no haber recibido explicaciones concretas por parte del personal de salud sobre el funcionamiento del programa.

“Si me explicaron, aquí traigo el librito que me pusieron a leer, pero cómo le digo, no sé leer muy bien, no lo he leído” (Entrevistada 14).

Esta barrera se intersecta con la posibilidad que tienes las mujeres de ampliar sus conocimientos sobre la salud en general y en particular sobre la SSR, ya que gran parte de la información que reciben las mujeres en centros de salud se dan a través de medios como trípticos y cartillas.

Ocupación, condiciones económicas y características de las viviendas

La mitad de las mujeres manifestó dedicarse a las labores del hogar, es decir, se reconocieron como “amas de casa”, encargadas de la limpieza de sus casas, la cocina, el cuidado de hijos y atención de los cónyuges. Además, indicaron ser dependientes económicas de sus parejas. El rol de amas de casa, socialmente asignado al grupo femenino, también es un obstáculo en la medida en que las mujeres están destinadas para el cuidado de los “demás” y sus necesidades. Esto hace que la búsqueda efectiva de atención a la salud se relegue a un segundo plano, ya que existen las prioridades del hogar, la crianza de los hijos, la atención a los compañeros y demás miembros de la familia. La estructura y composición del hogar y el ciclo de vida en el que se encuentre la familia (presencia de niños, ancianos, personas con necesidades especiales) adquieren un peso importante en la atención que presten las mujeres a sus condiciones de salud y al momento de iniciar alguna actividad económica que les permita superar la carencia de ingresos.

Otras mujeres manifestaron participar en actividades económicas de carácter informal, sin ningún tipo de prestaciones sociales. Entre las ocupaciones mencionadas estuvieron las de empleadas domésticas, ayudantes de cocina, trabajadoras del sector del calzado¹¹, cobradoras, comerciantes por cuenta propia. Pese a estas funciones que desempeñan, las entrevistadas no dejan de asumir las responsabilidades del hogar, lo que representa una doble carga en las actividades cotidianas. Solo una mujer manifestó tener empleo formal, lo que la hacía beneficiaria también de los servicios del IMSS, sin embargo, esta persona dijo preferir asistir al SP por la gratuidad de los servicios y la provisión de algunos medicamentos. Los estudios han demostrado que existe alta relación entre el trabajo en la economía informal y ser pobre, debido a la desprotección laboral y las pocas posibilidades de agremiación y representación de intereses (Valenzuela, 2003).

¹¹ La economía del municipio de León se basa principalmente en la cadena de productiva del cuero, calzado, proveeduría y marroquinería,

Las desigualdades de género y la pobreza se hicieron evidentes en varios planos de la vida de estas mujeres, como son el rol que deben asumir como cuidadoras y principales responsables de la crianza de los hijos y la forma como asumen la informalidad laboral. Esta última, hace que cuando algunas de ellas tienen alguna posibilidad de trabajar, prioricen la necesidad de tener algún ingreso económico aunque sea en condiciones de explotación y desprotección, por encima de sus necesidades de salud, tal como se puede ver en los siguientes testimonios:

“Pues diciéndoles el problema que uno tiene y todo, nos dan chance de faltar, o por ejemplo de llegar tarde [al trabajo]. Le digo [al jefe o superior] voy a llevar al bebé al doctor, pues la verdad no sabemos cuánto tiempo nos vamos a quedar allá... muchas veces hemos salido a las 10, 11 [de la mañana] y a esa hora puedes ir a trabajar, y ya es tanto tiempo que nos descuentan el día” (Entrevistada 1).

“Dos veces me fui a trabajar en el mercado. Le ayudo a una señora a vender y perdí mi cita. No era que fuera más importante el trabajo que la cita, pero si preferí ir [al trabajo] por necesidad del dinero” (Entrevista 16).

Por otro lado, a pesar de que los servicios son gratuitos casi todas las mujeres mencionaron la falta de dinero como uno de los factores que les dificulta acudir a los SSR y cubrir medicamentos como anticonceptivos, que a veces no están disponibles en el centro de salud o análisis que no pueden esperar el tiempo de establecido por la institución para la entrega de resultados:

“Para venir a veces [pedimos dinero prestado] con los vecinos una vez nos pasó también aquí abajo, nos quedamos sin el camión y yo no hallaba ni qué hacer, pues con vergüenza y todo le dije a una señora...señora compléteme para el pasaje mire...pues si le dije una mentira piadosa y pues si me echó el dinero y pues, no sí como no y bueno nos dio para regresarnos, pues porque caminando siempre está bien lejos, pero si nos ha pasado que nos hemos ido caminando [porque no tenemos dinero para el autobús]...” (Entrevistada 6).

En general, las mujeres entrevistadas manifestaron carencias de distinto tipo y se caracterizaron por dedicarse a actividades informales, con baja remuneración y por ser dependientes económicas de sus compañeros u otro familiar

Relacionado con el punto anterior, también aparecieron otros determinantes como las condiciones de la vivienda. Aunque este no fue un tema en el que las mujeres hicieran especial énfasis, se encontró que en muchos os viven en condiciones de hacinamiento y como se verá más adelante, estas condiciones se conjugan, la mayoría de las veces, con situaciones de violencia familiar:

“Mi casa nada más tiene dos cuartos bien levantados, uno pues es la cocina, esa está de lámina y la otra recamara si es de seis por seis [metros] y vivimos ahí todos...somos siete hijos, mi esposo y yo...” (Entrevista 5).

“Vivo en una casa pequeña, tengo un cuarto y una cocina y ahí vivimos cinco de familia, seis conmigo porque son cuatro hijos y una nuer... el más grande se llevó la muchacha de 16 años; ella (hija) no quiere que vivan ahí pero pues a dónde se van; ellos trabajan y como que si se pelean mucho porque vivimos muchos ahí, mi esposo trabaja de andar en la carretera, él casi no está en la casa siempre anda en la carretera; mi nuer se queda en la cocina y nosotros en el cuarto...” (Entrevista 14).

4.4.3 Barreras socioculturales

Este componente conjuga los aspectos referidos a la condición de género, el entorno familiar, las actitudes y percepciones de la mujer sobre los servicios de salud y el autocuidado. Las barreras socioculturales frente a los servicios de SSR son diversas, y van desde los miedos y tabúes alrededor de los servicios de salud, creencias y fundamentos morales, relaciones desiguales de poder (en la familia, con el cónyuge y con los proveedores médicos), hasta la desinformación, que se traduce en que las mujeres no reconozcan la atención en asuntos que tengan que ver con su vida sexual y reproductiva. Este último aspecto es problemático en el sentido que se ha referenciado que puede conllevar a que las mujeres no atiendan situaciones de salud, hasta que existen efectos adversos, como la presencia de signos y síntomas de enfermedades avanzadas (por ejemplo, cáncer de mama o cáncer cérvico-uterino).

Autocuidado

Esta barrera se refiere a los patrones culturales y a la definición de los roles femeninos en la sociedad. El hecho de que sean las mujeres las principales responsables del cuidado de los niños, de las labores domésticas y de la reproducción puede constituirse en barreras que han sido documentadas como obstáculos para acceder a los SSR. Esta situación fue planteada por una de las participantes:

“Más que nada...tiempo, ahorita más que nada no tengo a nadie quien me cuide al niño para venir [al centro de salud], mi mamá también tiene una niña chiquita y llevarla y traerla, y tampoco tengo tanto tiempo entonces como que me siento presionada” (Entrevista 3).

Respecto a lo anterior, diversos estudios coinciden en que el rol de cuidadoras de las mujeres, socialmente construido, aunado al rol de ama de casa, potencia efectos desfavorables sobre su salud. Esto implica una reducción de la participación social y autonomía, hasta el punto que determinados signos y síntomas de enfermedades son ignorados y relegados a un segundo plano a pesar de su evidente presencia (Palacio, 2008, Agudelo, 2010). La mayor morbilidad y discapacidad de las mujeres se imbrican con roles y ocupaciones que generan sobrecarga física y emocional. Son las mujeres las que regularmente dedican gran parte de sus vidas al cuidado de los hijos y demás miembros de

la familia, provocando un desplazamiento del cuidado propio. La atención a otras personas de manera regular puede limitar el desarrollo personal y profesional de quienes realizan estos cuidados, al reducir el tiempo que pueden dedicarse a otras actividades como la educación, el trabajo fuera del hogar, el esparcimiento y la cultura (Instituto Nacional de las Mujeres–INMUJERES, 2005). Incluso, el hecho de que una mujer pueda incorporarse a las labores extradomésticas puede contribuir a una doble o triple carga para ellas, al tener que velar ésta por las actividades dentro y fuera del hogar (Corral *et al.*, 2010). Información derivada de análisis cualitativos demuestran que, a pesar de que una franja cada vez mayor de mujeres se incorporan a la vida laboral, y esto les permite aportar para los gastos del hogar, existen una serie de factores (familiares y no familiares) que les impide alcanzar un mayor grado de autonomía personal y de poder en el ámbito hogareño (Salles y Tuirán, 1994).

El sistema médico también influye en la limitación de toma de decisión de las mujeres, ya que por lo general, es el que regula y prioriza los servicios de prevención y cuidados. Los proveedores médicos, omiten servicios, que desde su perspectiva, no consideran necesarios para las usuarias. De ahí que sea habitual la segmentación de los servicios de SSR dirigidos a mujeres que cumplen con características predeterminadas, por lo regular de edad, dejando de lado a grupos vulnerables como adolescentes, indígenas, mujeres mayores, mujeres solteras, mujeres de áreas rurales, entre otros. De acuerdo con Szasz y Lerner (2010), la existencia de jerarquías sociales dificulta el acceso a la autodeterminación de las personas por condiciones de pobreza, género y otras, lo que demanda introducir lineamientos y acciones que alienten el ejercicio de la ciudadanía de las personas atendidas en los servicios de salud y de los propios prestadores. Esta fragmentación es claramente visible en el SP quien oferta servicios del CAUSES, según los grupos de población, lo cual hace de éste un programa discrecional y focalizado (Tamez y Eibenschutz, 2008).

Un problema que se ha vislumbrado en la atención primaria en salud es el de la fragmentación de sus sistemas, lo que en términos de la OMS (2008) se denominan enfoques “selectivos” o “verticalistas” que se centran en programas y proyectos de lucha en contra de enfermedades concretas, dejando de lado otras patologías. En un principio, el énfasis de la salud ha sido fructífero para la focalización de estrategias y para el logro de resultados específicos, sin embargo, ha implicado que otras demandas y necesidades queden excluidas. Algunos de los requerimientos en salud son ignorados o simplemente van quedando rezagados ante la sombra de afecciones o servicios considerados de mayor relevancia sanitaria.

Las estrategias de autocuidado no se relacionan únicamente con la atención del cuerpo, sino también con otros ámbitos como el psicológico y social. Tampoco es una tarea meramente individual, ya que se requiere del apoyo de las redes familiares, comunitarias y laborales para que se pueda llevar a cabo con éxito. No obstante, en ocasiones, las acciones de autocuidado de las usuarias se ven afectadas por las propias familias y cónyuges, quienes coartan la libertad de decisión y el empoderamiento femenino. Asimismo, el autocuidado es un asunto de clase social, ya que está comprobado que es menos probable que los más pobres usen servicios básicos de salud (inmunización, atención durante el embarazo y el parto, y planificación) y que acudan a servicios de carácter preventivos para otro tipo de servicios.

El autocuidado en SSR fue poco referido por las mujeres del servicio visitado, quienes al preguntarles el por qué no lo hacían, equiparaban esta aparente falta de interés con la “desidia”, tal como se muestra en los siguientes dos testimonios:

“A parte del papanicolaou no he ido casi a atenderme en cuestiones de SSR, yo creo que porque uno es desidioso y hasta que uno se siente mal es cuando uno va y se atiende” (Entrevistada 10).

“Vine una vez hace mucho, como ocho años que me hice el papanicolaou, de aquí me lo recomendaron. Sí me lo han vuelto a recomendar pero no he venido... para venir es sacar la cita y es rápido, nomás que uno no viene... en ese entonces, me tardaron tres días para los resultados. Desde hace ocho años traigo el dispositivo y también para eso he querido venir porque no me lo he checado desde que me lo pusieron... uno hace desidia porque como no duele nada, no me siento mal, pero sí pienso venir” (Entrevistada 16).

Sobre este punto se ha documentado que el término de desidia es designado reiteradamente por las usuarias cuando existen dificultades y/o desconocimiento para nombrar sucesos que les impide atenderse oportunamente, los cuales muchas veces se deben por su papel de sumisión dentro de las jerarquías familiares. Como consecuencia, retomar términos de este tipo, en su sentido estricto, puede conllevar a falsas deducciones y propiciar que las verdaderas causas que entorpecen la atención médica sean vagamente concebidas. Más bien, la desidia podría ser el reflejo de la forma como el entorno cultural influye en la visión que las mujeres tienen de sí mismas y de sus capacidades de autonomía (Palacio, 2008).

Entorno Familiar y autonomía

En este componente se indagó por las relaciones familiares de las mujeres y los factores que dificultan o permiten el acceso a la SSR. Se encontró que la mayoría de las participantes vivía en un tipo de familia extensa, es decir, más de dos generaciones que comparten la misma vivienda:

“Vivo con mis papás, mis cuatro hermanos, un tío también, cuatro sobrinos; en total son como diez personas... yo duermo con mi niña y mi hermana con sus bebés...” (Entrevistada 15).

Fue usual que las mujeres indicaran haber experimentado situaciones de violencia que involucraban tanto a las parejas, como a los padres, los hijos y otros familiares. La violencia en el entorno familiar fue un común denominador en las entrevistadas, lo que de alguna manera incide en otros aspectos que afectan el acceso a los servicios como la posibilidad de decidir con autonomía sobre cualquier ámbito de sus vidas:

“Mi hijo que se droga, pero no puedo andar detrás de él. Ayer me aventó, pero son mis hijos ¿Qué hago? Mi esposo me golpeaba, me arrastraba, me pegaba...” (Entrevista 1).

“Si yo antes tuve mucho problema con eso [la violencia], incluso lo demandé y si se la pasó pues allá en el “Cere” [Cerezo, cárcel municipal]... nada más que allá luego empiezan con que si ya están encerrados pues ya no le van a dar a uno ni un peso y como yo no trabajaba pues le retiré el cargo. Yo tenía que llevar a sus hijos a verlo, pero él no me podía dar ni un peso, entonces yo...pues ¡Qué caso tiene! Yo voy a trabajar para mis hijos y de pilón voy a gastar para irlo a ver, ¡No pues mejor lo dejo afuera y que nos siga manteniendo!” (Entrevistada 5).

Incluso, para una de las mujeres no es cuestionable que su pareja ejerza violencia contra ella, dado que lo asume como parte de su condición de ser mujer y de vivir en condiciones de pobreza. La violencia es una constante que se perpetúa a través del tiempo, primero por parte del núcleo familiar más cercano (padres) y luego por las parejas:

“Mi mamá me pegaba si no trabajaba y mi pareja también me golpeaba cuando me estaba enseñando a sumar... yo pensaba que me lo merecía por bruta” (Entrevistada 4).

La falta de autonomía se ve reflejada en la dependencia económica de las mujeres de sus parejas, siendo éste quien decide si ella puede o no trabajar o cuántos hijos tener. Las parejas se configuran en barreras para asistir al centro de salud, puesto que los varones prohíben a las mujeres acudir a los servicios, aludiendo rechazo de que sean auscultadas por médicos del sexo masculino:

“A veces se enoja [el esposo]. ¿Pa’ qué vas? ¡No más te quieren meter mano los doctores! Y yo le digo que yo voy con mujeres, y sí, he dejado de venir por eso” (Entrevistada 11).

Los discursos develan que la violencia es por sí un determinante social de salud de las mujeres, en tanto actúa como forma de represión y control sobre las decisiones y acciones de las mismas. Los hombres esposos asumen posturas de supervisión y control y toman el mando de la salud de sus parejas, aspecto que se asocia con los tabúes expresados en represiones machistas. La prohibición de contacto con otras personas es una forma más de maltrato masculino, entre los que se destacan: celos, acusaciones de infidelidad, limitación del contacto con amigos y familiares y falta de confianza en las mujeres (García y De Oliveira, s/f). Tanto la violencia física como la emocional han llegado a considerarse una expresión de las desigualdades sociales, llegando a afectar la salud igual o más que la misma pobreza y discriminación, a tal punto que se ha comprobado la incidencia negativa de la violencia en el estado de salud de los sujetos.

Por su parte, la violencia contra las mujeres implica un uso y abuso del poder desigual, que por lo general está presente a lo largo de la vida y que termina por ser internalizada. La violencia que ejerce los hombres sobre las mujeres ha sido interpretada como un

mecanismo de supresión, dominación y refuerzo de los roles de género, en el entendido de que las mujeres deben ser aleccionadas por transgredir o no aceptar las normas sociales que les corresponde.

Según datos de la OMS, las víctimas de la violencia corren mayor riesgo de sufrir problemas síquicos y comportamentales, así como depresión, abuso de alcohol, ansiedad. También es la causa de diversos problemas reproductivos como el embarazo no deseado y las enfermedades de transmisión sexual. A pesar de que en su sentido más estricto la violencia no es una enfermedad, desde el punto de vista social constituye un grave problema de salud pública, dada la magnitud del daño, invalidez y muerte que provoca, con consecuencias múltiples a nivel social, psicológico y biológico (Espín *et al.*, 2008).

Actitudes, creencias y tabúes sobre la salud sexual y reproductiva

Las valoraciones culturales que tienen las mujeres sobre su cuerpo, y la relación con el personal de salud influyen para que esto se constituya en una limitante para asistir a los servicios de salud. Cuando las usuarias acuden a la consulta, la mayoría se siente más cómoda al ser atendida por personal femenino, especialmente cuando deben realizarse exploraciones de sus zonas íntimas o análisis relacionados con su salud reproductiva (papanicolaou, mamografías, entre otras):

“Me sentiría más a gusto con una mujer... si me tocara un hombre no aceptaría porque me han tocado uno doctores muy jóvenes y me da pena... con una mujer ¿Cuál pena?... ella mujer yo mujer, ves lo mismo (Entrevistada 11).

En el esquema discursivo, los tabúes/creencias/culturas son elementos que condensan el estatus social de las personas y que determinan sus actitudes de receptividad o rechazo a las disposiciones médicas, tanto de prevención como de promoción. Estas características inherentes a la población son parte de una construcción social que se encuentra arraigada y que ha perdurado de generación en generación:

“Yo me imagino que algo que limita la atención de la SSR es que las personas tienen flojera o vergüenza por el mismo pensamiento de la abuelita, el papá, la mamá que decían que ¡Qué vergüenza! Al principio sí me pasó, pero cuando nacieron mis bebés se me quitó” (Entrevista 17).

Las barreras socioculturales, que incluyen el miedo, temor, tabúes y creencias son atributos que corresponden de manera estrecha con baja escolaridad, condiciones precarias de vida, desempleo y dependencia económica de las mujeres. Empero, el personal médico está cargado de estos mismos estigmas que en ocasiones están presentes en los encuentros entre éstos y las pacientes.

En la literatura se señala que en la relación médico paciente, concretamente en la práctica médica vinculada con el cuidado y atención en SSR, las mujeres han sido concebidas como

sujetos pasivos que van a los servicios de salud para ser observadas por los profesionales quienes, desde su formación “científica”, deciden las intervenciones más “convenientes” (Castro, 2008; Palacio, 2008). Este modo de ejercer la medicina implica relaciones de poder y subordinación que están ancladas en las creencias y convicciones más personales de los profesionales (Lloréns, 1997). En este contexto, la construcción sexo/género ha sido un punto de discusión, ya que los médicos interponen juicios de valor a priori sobre las mujeres/pacientes/usuarias que reproducen y perpetúan las desigualdades sociales, especialmente sobre aquellas personas que viven en condiciones de pobreza y marginación (Jasís, 2000; Erviti, Castro y Sosa, 2006; Carranza, 2007; Schraiber y d’Oliveira, 2008; Fernández, 2008; Herrera, 2010; Dides, 2010).

4.4.4 Barreras institucionales

Este componente fue uno de los que mayor información arrojó, dado que fue el tema sobre el que más ahondaron las mujeres en las entrevistas, lo que confirma que el sistema de salud puede ser por sí mismo una barrera o un facilitador en el acceso a los servicios.

Información sobre los servicios de prevención y atención

El acceso a la información sobre CAUSES, que cubre el SP y sobre las acciones en materia de prevención, se evidenció como una de las barreras a los servicios de SSR, debido a que fue notoria la ausencia de un programa articulado en el tema y un manejo fragmentado de la información:

“No hay una difusión adecuada de la información. Por ejemplo, yo tengo que hacerme un tamiz gestacional. Me enteré porque vi un letrero y me puse a leer; pero no hay un folleto o yo pregunto y si me contestan, pero hay muchas personas que no preguntan o no se ponen a leer los letreros...la forma en la que está presentada la información ya te pone una barrera, un límite a la hora de pedir la información” (Entrevista 12).

En este sentido, algunas posturas fueron ambivalentes, puesto que ciertas mujeres obtuvieron la información difundida en el centro de salud, aunque aparentemente dicha información fue parcial:

“Sé que [que tengo derecho] a la consulta, a medicamentos no muchos porque sé que hay unos que no cubre, no sé qué medicamentos no cubre; a algunas cirugías que hay otras que no las alcanza a cubrir; a análisis, ultrasonidos, cardiólogo. Yo supe porque ahí en el materno nos daban información y aparte te dan un folleto donde dice a qué tienes derecho y lo he leído” (Entrevista 18).

Todas las mujeres mencionaron la importancia de contar con información suficiente y oportuna para tomar decisiones sobre métodos de planificación, sin embargo, también coincidieron tener poco conocimiento de los tratamientos y servicios a los que tienen derecho por ser afiliadas al SP. Algunas de las usuarias señalaron la necesidad de que se implemente un módulo de información especializado en asuntos de SSR:

“Pues yo digo que les hace falta como que un módulo bien para uno que tiene ganas de informarse, que te digan: ¿Sabes qué? Te vamos a dar clases de salud sexual, información, consultas, que hubieran más consultas especiales para los chavos [adolescentes] para que vinieran, reuniones para salud sexual...uno sabe por lo que te enseñan en la escuela, en internet, en muchas cosas o con el mismo doctor particular...” (Entrevista 8).

El desconocimiento del cuerpo femenino y de los procesos biológicos (como el embarazo) surgió como un elemento común en las entrevistas. En el caso de una de las entrevistadas, la información solo se tuvo hasta que quedó embarazada, lo cual también indica el poco o nulo conocimiento que las mujeres adquieren a través de los padres o familiares, entre ellos sus parejas:

“Yo era un poco ignorante sobre los métodos que había para cuidarse, o sea yo no sabía qué era lo que había y que era lo que uno podía usar para cuidarse, lo único que yo conocía era el preservativo, yo no sabía que existía el DIU, yo no sabía que existía la inyección, yo no conocía ningún otro, y hasta que salí embarazada ya fue cuando me explicaron todo para cuidarse” (Entrevistada 3).

En las observaciones sobre la dinámica de la sala de espera se pudo constatar que las acciones preventivas sobre SSR están a cargo del personal médico, trabajadoras sociales y enfermeras, sin embargo solo en una de las oportunidades se pudo observar a una trabajadora social que daba una charla sobre la importancia de practicarse el papanicolaou y de la exploración de los senos, para detectar posibles irregularidades; al final de la actividad se les entregó a las usuarias un folleto informativo sobre VIH/Sida. En general, las labores de prevención se restringen a estas interacciones cortas o a la impartición de algunos talleres sobre SSR, con grupos de población cautiva (mujeres beneficiarias del Programa IMSS-Oportunidades¹²), sin que la institución tenga una estrategia educativa permanente que responda a las necesidades sentidas de las mujeres.

En resumen, se constató que en particular, en el centro de salud donde se realizó el estudio la curación prima sobre la prevención, y aunque las normas son claras en establecer la responsabilidad de los médicos en las acciones preventivas, se evidenció que existe una profunda brecha con la realidad. Sin embargo, este es un recurso que tendrá que priorizarse, ya que se ha logrado demostrar que las medidas asociadas con la información y la educación de las mujeres son primordiales para la disminución de morbilidad y la

¹² Es un programa que tiene como objetivo contribuir a garantizar el derecho a la salud de los mexicanos que carecen de seguridad social y que habitan en condiciones de marginación en las entidades donde tiene cobertura.

mortalidad por diversas causas, con resultados positivos en los países en desarrollo (López *et al.* 2001; Frenk, 2009; Sosa, Walker y Serván, 2009).

Organización de los servicios de salud

La mayoría de las mujeres mencionó los tiempos de espera y la insuficiente cantidad de fichas que se otorgan diariamente para la atención médica como uno de los mayores obstáculos para acceder a los servicios médicos. En general, suelen acudir al centro de salud en las primeras horas de la mañana para lograr obtener una cita médica, sin embargo, esta estrategia no es una garantía para lograrla, y por lo tanto deben insistir por varios días. La forma de lograr atención es acudiendo directamente a la unidad, con el fin de obtener un turno que puede ser asignado para las horas de la mañana o de la tarde, dependiendo de la capacidad del personal médico y de la afluencia de público que este demandando la atención:

“Muchas veces tenemos que estar todo el día, y luego es que daban nada más cierta cantidad de fichas, y además aunque estuvieras ahí desde temprano, decían pues es que no hay más fichas y ya te tocaba regresarte” (Entrevista 1).

“Pues dan 15 fichas a las ocho de la mañana, el que alcanza, alcanza, y el que no pues no... como siempre sí hay mucha gente. Ahorita en la mañana yo fui y ya no dieron fichas porque no había doctor” (Entrevista 7).

Una vez las usuarias han asegurado el “pase” para ser atendidas, es posible que deban someterse a largos tiempos de espera, que según los testimonios suelen ser jornadas de varias horas, media mañana, o incluso un día completo, lapso que sumado a su desplazamiento hasta el centro de atención, indica el alto costo en tiempo que deben invertir estas mujeres para ingresar a la consulta médica. Igualmente se manifestaron deficiencias relacionadas con la capacidad de respuesta institucional para atender la demanda creciente de usuarios; en consecuencia, las beneficiarias perciben que el personal médico no es suficiente:

“Siempre andan así, el doctor nada más me dijo, te salió una infeccioncita y se va a tomar este antibiótico, con eso ya va a estar bien, nada más... todo el tiempo andan así, por lo mismo, por lo que les digo que hay muchísima gente, de por sí la colonia es grande, no se dan abasto” (Entrevista 6).

“Están rebasados por el volumen de personas con las que trabajan. Es demasiada gente, tanto, aquí creo que el volumen de pacientes que ven es terrible. Ahorita van en la ficha 15, quiere decir que el señor [el médico] desde que llegó, a las ocho de la mañana, ha visto 15 personas, entonces creo que están rebasados” (Entrevista 12).

Una cuestión que resaltan las entrevistadas es la falta de especialistas en el centro de salud, ya que los médicos de familia son percibidos con pocos conocimientos y capacidades para atender consultas que requieren más capacitación del personal médico:

“Es que hubiera un consultorio para la mujer que sea solamente para ellas; un ginecólogo en cada centro de salud más que nada. El doctor familiar es el que te atiende. Si quiero una consulta con el ginecólogo tengo que ir por fuera, porque al menos de que estés muy mal te mandan al materno, pero al menos que tengas una enfermedad, pero mientras no. Creo que los médicos familiares no están muy bien capacitados porque pues cada doctor tiene su diferente tipo de atender a uno pero si hace falta el profesional ginecólogo y también un pediatra” (Entrevista 18).

Igualmente, algunas usuarias asociaron el trato recibido, con la percepción de que los servicios públicos son sinónimo de baja calidad, largos tiempos de espera, filas y mal funcionamiento:

“...y es que eso es muy típico de los servicios públicos de salud, se citan a las 6-7 de la mañana y te ponen a esperar una ficha que luego tienes que estar todo un día entero...” (Entrevista 9).

Algunas mujeres hicieron alusión a la descoordinación entre el personal de salud para suministrar la información, debido a que según los testimonios, la información se les da de manera fragmentada, llegando a veces a ser contradictoria. Las mujeres declararon que sentían que los médicos no tienen la capacidad de redireccionar a las pacientes en casos especiales, como por ejemplo, cuando se presentan casos de violencia familiar, lo cual termina por complejizar un panorama donde el acceso es restringido y la espera una constante.

Según el modelo de los DSS, el sistema de salud, su organización y los servicios prestados son considerados en sí barreras que interactúan con otros factores (como el género y la estratificación socioeconómica) y modifica (positiva o negativamente) los efectos en la salud. Adicionalmente, dichos sistemas pueden contribuir para que los problemas de salud no conduzcan a un deterioro mayor de la posición social y por el contrario, puedan ser utilizados para facilitar el mejoramiento de la salud en general (Vega, Solar e Irwin, 2005).

Relación médico-paciente

Otro aspecto que expresa la satisfacción con los servicios de salud es la interacción médico paciente. En este primer nivel de atención la confianza y trato que pueda generar el médico es determinante para que las mujeres puedan dar seguimiento a sus tratamientos y controles. Varias mujeres manifestaron estar inconformes con el trato recibido. Según los testimonios, los doctores llegan a ser “cortantes” o en sus propias palabras “muy especiales”. Esta idea del mal trato solía ser más reforzada en los centros de salud públicos, al compararlos con los servicios privados. Algunas mujeres referenciaron la atención recibida como el mejor indicador de la calidad de los servicios:

“A veces [los doctores] se creen súper más, y en vez de calmar al paciente sale más mal por la forma de atención. En cambio, en el particular es mejor trato, más amabilidad, más todo. A lo mejor porque les vas a pagar y aquí ya tienen sueldo fijo, son más pedantes” (Entrevista 17).

“Me hice el ultrasonido y nada más volví con ella [médica] y me dice: ¡Ah! estás bien, sí tienes unos quistes y son normales... ¡Y ya! No te voy a dar medicamentos, no te voy a dar nada, y ya puedes irte... no te dejan ni preguntar. ¿El qué sigue? Te abren la puerta y el que sigue” (Entrevista 8).

Estos hallazgos corresponden con lo observado en este terreno, donde el prestigio ascendente de los médicos ha repercutido en la desigualdad en la relación médico-paciente. La institución médica es el espacio de articulación de las prácticas, siendo el consultorio el lugar donde se despliega el accionar médico sobre los individuos, privilegiando la posición dominante y superior de los primeros sobre los segundos, quienes se ven confinados al acatamiento y cooperación silenciosa. El discurso que se interpone entre el médico y el enfermo, “es un discurso normativo, lo cual implica la sanción, “una sanción terapéutica”” (Clavreul, 1983:33). El encuentro médicos-pacientes se dilucida como un campo asimétrico en el que se generan pugnas y conflictos de intereses. El usuario tiene claramente disminuido el control para manejar sus demandas porque la enfermedad es en gran parte involuntaria e impredecible. Este hecho hace que la atención a la salud sea una necesidad inevitable y urgente, soslayando aún más la capacidad de negociación y cooperación.

Infraestructura y disponibilidad de recursos

En general, no se tuvieron comentarios específicos sobre la infraestructura física del centro de salud, pero en las observaciones del equipo de investigación fueron obvias algunas carencias, como el poco acondicionamiento de las salas de espera y de la deficiencia de las instalaciones para albergar personas con discapacidad. Según el comentario de uno de los médicos, esto fue una obra iniciada por algún gobierno y no se finalizó, lo que hace que finalmente hasta el momento esta adecuación no tenga ninguna utilidad y que cuando vienen personas con necesidad de usar las rampas, por alguna situación de discapacidad, tengan muchos problemas para acceder a la parte alta del edificio.

Asimismo, la mayoría de las mujeres señaló como deficiente, es el del laboratorio clínico. Este Centro de Salud es el único que cuenta con este servicio en la cabecera del sector IV. En este se realizan análisis como biometrías hepáticas, lípidos y algunas pruebas inmunológicas, pero no se cuenta con equipo necesario para analizar las muestras de papanicolaou, por lo que todas las muestras son enviadas a un hospital del municipio, y posteriormente se remiten de nuevo los resultados a los centros de origen. Cuando en los estudios es detectado un resultado positivo se deriva a la mujer a un hospital”. En esta instancia se encargan de confirmar o descartar el diagnóstico, así como de realizar el tratamiento y seguimiento en los casos que fuera necesario. Como resultado de este proceso el tiempo de espera para obtener los resultados es de aproximadamente de tres meses:

“Los resultados son muy tardados... me hice el papanicolaou en enero y me entregaron los análisis ya por mayo. Las explicaciones que dan es que están saturados, que tienen mucha gente...” (Entrevista 10).

“Me mandaron a hacer un ultrasonido pero en el Hospital [donde me remitieron] hay lugar hasta diciembre y en el materno hasta septiembre y tenía que traérselo al doctor” (Entrevista 13).

El desabasto de métodos anticonceptivos fue mencionado, no solo por el gasto de bolsillo que esto puede representar, sino además por las consecuencias que puede desencadenar la falta de este material:

“Usé el parche pero estaba muy mal el servicio porque no lo había y es un método caro porque por fuera sale en casi 400 pesos [31 dólares aproximadamente]. Entonces, en el centro optaron por ponerme la inyección mensual pero no me sirvió... me hizo mal, me empezaron a salir quistecitos y opté por no tomarla” (Entrevista 13).

“Cuando yo estaba embarazada me hicieron tomar la presión y necesitaba un medicamento urgente, y ese aquí no, no lo cubría el seguro y yo lo compraba por fuera, pero me tocaba cada mes” (Entrevista 3).

El derecho a la información y a métodos de anticoncepción adecuados a las necesidades de las mujeres, se fundamentan en el derecho a la salud (incluida la salud reproductiva). Además están respaldados el marco constitucional, la Ley General de Salud y los tratados internacionales de los que México hace parte.

Es importante mencionar que ninguna de las mujeres hizo alusión a conocer sobre la posibilidad de interrupción legal del embarazo (por una violación sexual) o manifestó haber acudido a los servicios de SSR para solicitar la “píldora del día siguiente” o anticoncepción de emergencia. Esto de alguna manera refleja el manejo de algunos temas relacionados con la salud reproductiva en la entidad. “Guanajuato, forma parte de los 17 estados del país que desde 2008 reformaron sus constituciones locales para defender la vida desde la concepción-fecundación, por lo que el acceso al aborto legal se vi limitado, incluso se dieron casos de mujeres encarceladas por aborto espontaneo” (Franco, 2013). Sin embargo, los aspectos mencionados son procedimientos legales sobre los que se debería no solo suministrar información sino también porque hace parte de la normatividad de la Secretaría de Salud (NOM 046) proporcionar anticoncepción de emergencia a las víctimas de violencia sexual. Por otro lado, estas contradicciones dan cuenta una vez más de la politización de asuntos relacionados con la posibilidad de decidir sobre la reproducción y el cuerpo femenino. La legislación muchas veces desconoce las necesidades reales de los sujetos afectados y del contexto en que están inmersos, en este sentido son especialmente las adolescentes y mujeres más pobres las que deben asumir el rigor de lo establecido debido a que no cuentan con recursos para interrumpir el embarazo de forma segura si estos procedimientos no son proporcionados por los establecimientos públicos de salud.

Pese a lo anteriormente señalado y a las diferentes insatisfacciones mencionadas por las mujeres, también se debe resaltar, que en general, existe la percepción de tener mejores

servicios de salud desde que cuentan con SP, especialmente valoran la gratuidad de los servicios:

“Del Seguro Popular hay muchas cosas que todavía le faltan, como que hasta ahorita a mí no me ha faltado nada pero he visto en personas que me dicen es que el seguro no alcanzó a cubrir cierto medicamento y tuve que comprar o pagar tanto, a veces sí...y son personas que no tienen este cómo te diré...o sea que no están económicamente bien y pues batallan un poquito, pero en lo que cabe a mí pues...bueno, hasta ahorita ha estado bien, quién sabe más adelante ...” (Entrevista 1).

“[Antes del SP] nos teníamos que levantar a las tres, cuatro de la mañana para ir a apartar ficha y teníamos que pagar” (Entrevista 8).

Este punto es relevante y deberá ser analizado con más profundidad en otros estudios, en tanto refleja que para la población derecho-habiente de este tipo de programas, no solo se trata de cobertura de los servicios sino de estar incluidas de alguna manera en las acciones del Estado. Por otro lado, también tiene que ver con la “normalización” o aceptación de que por ser pobre se tienen menos derechos, por tanto es “aceptable” que los servicios de salud sean deficientes, no cuenten con los medicamentos necesarios o el personal suficiente.

5. Conclusiones

En este trabajo los DSS constituyeron un marco explicativo para analizar la relación entre la forma cómo se distribuyen los recursos en la sociedad y la influencia sobre la situación de salud de las mujeres. Este enfoque se complementó con la perspectiva de las divisiones sociales que analiza la sociedad como una construcción en la que ningún arreglo social resulta “natural” y fijo. Por el contrario, propone que todos los arreglos sociales deben de ser examinados a la luz de los resultados que traen desde la equidad en el acceso a las oportunidades y recursos. El análisis tuvo como referencia un grupo de mujeres derechohabientes del SP y usuarias de los servicios de SSR en un centro de salud urbano del municipio de León, Guanajuato (México). Se buscó conocer sus percepciones y vivencias sobre los distintos factores socioeconómicos, culturales y del funcionamiento del sistema de salud que pueden incidir en el acceso a los servicios de SSR.

Sobre el SP se han realizado diversos estudios que han dado cuenta de aspectos como la evolución del aseguramiento, su impacto en distintos grupos poblacionales y las transformaciones institucionales realizadas en el subsector público de la salud a partir de su creación. Igualmente, se han identificado las principales barreras de acceso a los servicios, especialmente con poblaciones en altas condiciones de vulnerabilidad como los indígenas, las poblaciones rurales y en grupos con problemáticas específicas como las mujeres con cáncer de mama. A diferencia de estos estudios, la presente investigación se centró en los determinantes sociales que pueden constituir obstáculos para el acceso a la SSR de aquellas mujeres que son beneficiarias del aseguramiento ofrecido por el SP y que viven en un medio urbano y en el contexto de un municipio con muy bajos índices de marginación, respecto al promedio nacional. Todos estos aspectos harían suponer que existen menos limitantes para hacer efectivo el derecho a la salud, por las condiciones de accesibilidad geográfica, mejores instalaciones de salud y mayores niveles educativos en la población, en comparación con otros contextos.

Se pudo evidenciar que algunos servicios están al alcance de las mujeres como la atención del embarazo, la prevención del cáncer de mama y cérvico-uterino y el suministro de métodos de planificación familiar (con algunas restricciones, según el método); sin embargo, se siguen presentando diferentes obstáculos económicos, institucionales, culturales, y en menor medida geográficos (para una parte de las entrevistadas) para acceder a la atención de servicios en temas de SSR. La carencia de una iniciativa articulada a través del SP dirigida a subsanar las inequidades de género en salud, dificulta la posibilidad de tener un mayor impacto en la atención a la salud y en temas de promoción y prevención, lo que a su vez restringe el seguimiento y vigilancia de la ejecución de los presupuestos estatales en esta materia.

En la identificación de las principales determinantes que constituyen barreras de acceso a los SSR, este estudio coincidió con otras investigaciones que han señalado que aspectos como la distancia geográfica, las condiciones económicas, la condición de género, el nivel educativo, la ubicación laboral, el entorno familiar, las actitudes y creencias sobre la SSR y la organización y funcionamiento del sistema de salud pueden constituir obstáculos importantes para acceder a los servicios de salud (Nigenda *et al.*, 2009; Agudelo, 2012). Sin embargo, como se mencionó anteriormente, el peso de estos factores varía por las

características del contexto urbano. En este caso, se encontró que la ubicación del centro de salud es vista por la mayoría de las mujeres como un facilitador para el acceso a la atención médica.

Los determinantes relacionados con la pobreza y sus múltiples dimensiones aparecieron, tanto en los aspectos relacionados con lo socioeconómico como en la vivencia y percepción de las condiciones laborales y educativas. Aunque el municipio estudiado hace parte de uno de los estados con menores niveles de pobreza en México, según cifras del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, para 2010 (el estado de Guanajuato se ubica entre las 15 entidades federativas, de un total de 32, con menor porcentaje de pobreza), se pudo observar que la mayoría de las entrevistadas manifestó ser dependiente económica o pertenecían al informal de la economía, además de padecer carencias en alguna o varias de las dimensiones analizadas, como son los ingresos, la calidad de vida y la vivienda (muchas manifestaron vivir en situación de hacinamiento). Algunas otras refirieron no tener los recursos suficientes para la compra de medicamentos no incluidos en el SP, la realización de análisis especializados o el desplazamiento al centro de salud. La situación de pobreza contribuyó a agravar las desventajas de la condición de género para el grupo de mujeres entrevistadas. A las carencias económicas se suman otras barreras como falta de tiempo para asistir a los centros de salud, poca o nula información de calidad y autonomía, lo que hace complejiza mucho más la búsqueda de atención en SSR.

Vincular la categoría de género permitió una comprensión más amplia de los determinantes que pueden limitar el acceso pleno a la SSR. En este sentido, se constató el arraigo de patrones patriarcales, sexistas y jerárquicos (en oportunidades manifiestos y en otras implícitos) que aumentan la vulnerabilidad de las mujeres, muchas de las cuales llegan a ver como una situación “normal” sus desventajas laborales y familiares, y ven la sumisión como algo propio de su condición (Ramos, 2006). La violencia física y/o psicológica a la que se ven expuestas y que es ejercida, en la mayoría de los casos, por sus parejas, sus padres, hermanos o familia extensa, fue un elemento predominante en casi todos los casos. Además, esta condición fue mencionada en distintos momentos de la trayectoria de vida, lo que indica que no solo han sufrido maltrato durante su vida adulta sino que éste ha sido un elemento presente a lo largo de casi toda su historia. La violencia contra las mujeres se posiciona como uno de los mayores obstáculos que incide en el acceso a la SSR porque impide que las mujeres puedan ejercer libremente su sexualidad y reproducción, sin sufrir agresiones, discriminación y coerción. A la vez, ésta tiene un fuerte impacto en la autoestima y genera mayores riesgos de caer en estados de depresión o en el consumo de alcohol o drogas. Por otro lado, muchas veces las mujeres no recurren al uso de métodos anticonceptivos por miedo a la reacción de sus parejas o familiares y en algunos testimonios se mencionó haber sido golpeadas durante el embarazo.

La cultura de dominación apareció como uno de los factores que favorece las dificultades para acceder a los servicios de salud, particularmente por el peso que sigue teniendo para las mujeres, el asumir múltiples roles en el entorno familiar y social y por su posición respecto al mercado laboral. Se encontró por ejemplo, que al ser las principales encargadas del cuidado y crianza de los hijos y las labores del hogar, las mujeres carecen de tiempo y oportunidades para buscar los servicios de SSR y generalmente priorizan estas labores a la atención a su salud. Se pudo observar que casi todas las entrevistadas priorizan el bienestar

de los hijos, esposos o padres por encima del propio, lo que implica que generalmente solo buscan atención médica cuando perciben tener síntomas o manifestaciones de que algo funciona de forma anormal, pero tienen poca valoración de la importancia de los controles preventivos.

La operación del sistema de salud surgió como otro de los determinantes para el acceso a los servicios de SSR. La estructura de aseguramiento financiero voluntario limita la universalización de la salud e influye en que aun con el aumento de la cobertura poblacional por parte del SP, siga existiendo un porcentaje de la población que no cuenta con ningún tipo de aseguramiento en salud. Por otro lado, el hecho de que en el paquete de prestaciones se excluyan enfermedades y tratamientos que están incluidos en otras instituciones de seguridad (como el IMSS o el ISSSTE), hace que de partida ya exista un sesgo de inequidad. En este mismo sentido, la fragmentación de las acciones institucionales contribuye a la descoordinación de las acciones en temas de SSR. Pese a la creación del SPSS, las instituciones que conforman el sistema de salud continúan funcionando como órganos independientes, en donde la Secretaría de Salud sigue siendo percibida por la mayoría de las personas como la institución que se encarga de los pobres, más no de coordinar el sistema en su conjunto y de garantizar el acceso universal de calidad.

Las barreras institucionales fueron las más mencionadas por las mujeres. En este grupo se encuentran aquellas relacionadas con los obstáculos burocráticos, que se resumen en la dificultad para acceder a una consulta, los tiempos de espera (tanto cuando tienen la ficha para una consulta como por la espera de resultados del laboratorio), la falta de medicamentos (pese a que este es uno de los derechos que adquieren los asegurados), la fragmentación de la información y problemas para obtener una ficha que le asegure la atención el día que invirtieron para desplazarse hasta la unidad médica. En muchos casos, las usuarias perciben que la atención brindada es deficiente en cuanto al trato recibido, y muchas veces con el diagnóstico asignado a su dolencia o necesidad sentida. Los tiempos de espera fueron señalados por casi todas las mujeres como una de las barreras para recibir atención oportuna. Este factor juega un papel determinante al momento de poder prevenir o intervenir un problema de salud mayor. Asimismo, la falta de medicamentos restringe la posibilidad de tener un tratamiento adecuado e incide directamente en el gasto de bolsillo. Igualmente las interlocutoras señalaron la falta de comunicación y coordinación entre el personal de salud. Estas situaciones que no son excluyentes terminan por desmotivar a muchas de las beneficiarias en la búsqueda de atención médica.

Otro aspecto que se evidenció en este acercamiento fue la poca existencia de programas preventivos que involucren las necesidades de las mujeres, así como sus valores culturales, con lo que se contribuya a la apropiación de la información, el derecho a decidir sobre su cuerpo y la capacidad de tomar decisiones autónomas e informadas. Durante las observaciones en la sala de espera, fue recurrente la presencia de adolescentes embarazadas que acudían a este centro de salud para sus controles prenatales, lo que refleja la poca efectividad de las estrategias dirigidas a prevenir el embarazo no deseado en este grupo de población, aspecto que constituye un factor más de inequidad debido a que “una quinta parte de las mujeres jóvenes que se convierten en madres antes de los 19 años viene de los estratos más bajos y solamente un 5% de los altos” (Mayen *et al.*, 2007). La carencia de una iniciativa articulada a través del SP dirigida a subsanar las inequidades de género en salud,

dificulta la posibilidad de tener un mayor impacto en la atención a la salud y en temas de promoción y prevención, lo que a su vez restringe el seguimiento y vigilancia de la ejecución de los presupuestos estatales en esta materia.

Se pudo constatar que casi todas las participantes cuentan con educación básica, lo que podría contribuir a una mayor autonomía en las decisiones y la posibilidad de acceso y comprensión de la información; no obstante, este último aspecto se manifestó como una de las principales debilidades del programa. En general, las mujeres conocen solo las generalidades del paquete de servicios del CAUSES, pero tienen poca o nula información sobre los servicios específicos a los que pueden acceder o exigir cuando se presentan negligencias médicas o tienen necesidades específicas (como en caso de tratamiento de las ITS). Gran parte de las mujeres relacionaron, de manera exclusiva, los servicios de SSR con el suministro de anticonceptivos y atención de las embarazadas, dejando por fuera aspectos fundamentales como el autocuidado a la salud, la vivencia de una vida sexual sin coacción y violencia, la posibilidad de interrumpir un embarazo no deseado, entre otros aspectos. Según la Coalición por la Salud de las Mujeres, “los servicios integrales de SSR incluyen atención ginecológica, anticoncepción segura y efectiva en todas sus formas, aborto seguro, diagnóstico seguro y tratamiento de la ITS y VIH, los cánceres de mamá, del aparato reproductivo, la menopausia y la infertilidad” (Coalición por la Salud de las Mujeres, 2013:4).

Es importante mencionar que ninguna de las mujeres hizo alusión a tener conocimiento sobre la posibilidad de interrupción legal del embarazo (por una violación sexual) o manifestó haber acudido a los servicios de SSR para solicitar la “píldora del día siguiente” o anticoncepción de emergencia. Esto de alguna manera refleja el manejo de algunos temas relacionados con la salud reproductiva en la entidad. “Guanajuato, forma parte de los 17 estados del país que desde 2008 reformaron sus constituciones locales para defender la vida desde la concepción-fecundación, por lo que el acceso al aborto legal se ve limitado; incluso, se dieron casos de mujeres encarceladas por aborto espontáneo” (Franco, 2013). Sin embargo, según la normatividad de la Secretaría de Salud, las instituciones públicas deberían suministrar información y proporcionar anticoncepción de emergencia a las víctimas de violencia sexual. Estas contradicciones dan cuenta, una vez más, de la politización de asuntos relacionados con la posibilidad de decidir sobre la reproducción y el cuerpo femenino. La legislación muchas veces desconoce las necesidades reales de los sujetos afectados y del contexto en que están inmersos. En este sentido, son especialmente las adolescentes y mujeres más pobres las que deben asumir el rigor de lo establecido, debido a que no cuentan con recursos para interrumpir el embarazo de forma segura cuando estos procedimientos no son proporcionados por los establecimientos públicos de salud.

También se pudo observar que existe la necesidad de desligar las creencias y prejuicios particulares del personal de salud, de la atención y trato que dan a las mujeres. En este sentido, se explicita “la necesidad de protocolos de atención a la salud sexual y reproductiva que ofrezcan servicios derivados de la evidencia científica y los valores constitucionales y no personales o religiosos” (Coalición por la Salud de las Mujeres, 2013: 6).

Después de analizar el peso de los tres determinantes para el acceso a la salud de las mujeres pobres: género, pobreza y funcionamiento del sistema de salud, se puede afirmar que las barreras de acceso relacionadas con el género y la pobreza requieren de acciones complejas de mediano y largo plazo para ser cambiadas. Sin embargo, los obstáculos que impone el propio sistema de salud podrían modificarse con menor dificultad, particularmente aquellos relacionados con el acceso al servicio. Si se facilitan aspectos como los tiempos de espera para la consulta, el suministro de medicamentos y la posibilidad de tener análisis de laboratorio en menor tiempo, además de implementar procedimientos más amigables, se podría facilitar notablemente la búsqueda de atención en materia de SSR por parte de las mujeres, incluso aunque sus otras condiciones sociales no se modificaran substancialmente.

Para contrarrestar las barreras de acceso a los servicios de SSR se necesitan acciones más coordinadas (entre los niveles federal y estatal) y contundentes por parte del estado. Además que éstas se formulen e implementen desde un marco que contemple la salud como un derecho universal y transversal, con enfoque de género. Este componente debería a la vez, estar articulado a la visión que concibe la salud de las mujeres desde una perspectiva integral que incluye la atención médica pero también promueve estrategias educativas que trasciendan y que estén dirigidas al empoderamiento y la capacidad para conocer y exigir sus derechos, decidir sobre el cuerpo y sexualidad, desarrollar autonomía y promover la cultura del autocuidado. Es muy importante que estos programas puedan enfatizar en la prevención de la violencia familiar, de tal forma que coadyuven a exterminar las cadenas de maltrato a las que son sometidas muchas de las mujeres. Esto puede resumirse en la necesidad de trabajar para romper entornos culturales marcados por relaciones de desigualdad, tanto en la familia como en la sociedad en su conjunto.

Este estudio de caso contribuye al conocimiento del impacto y funcionamiento de políticas particulares como el SP, al mostrar cómo se implementan, desarrollan y vivencian, las acciones dirigidas a la salud de las mujeres en un territorio e institución específica, además de que permite comprender el por qué persisten las desigualdades en salud. A pesar de que este tipo de reformas suele presentarse como una alternativa para alcanzar la universalidad, mejorar el funcionamiento del sistema de salud y abatir inequidades como las de género, se pudo constatar que los mayores efectos de la política continúan estando en el nivel médico – asistencial pero aún está lejos de lograr la equidad y el acceso efectivo y de calidad. También se confirma lo mencionado por otros estudios que muestran que a el aseguramiento no implica automáticamente el acceso a los servicios de salud, ni mejoras en las condiciones de salud de grupos vulnerables como las mujeres (Laurell, 2013).

El SP al proveer solamente cierto acceso a la salud y no incluir todas las características de un mecanismo de Seguridad Social, como al que tienen derecho los trabajadores del sector formal de la economía, no provee a los afiliados con otro tipo de protección social como la posibilidad de ausentarse del trabajo por cuestiones de salud o la protección económica en caso de enfermedad. Esta situación, pone de manifiesto que las políticas de salud aisladas de una visión integral de la protección social limitan el acceso a una vida saludable. Estos elementos dejan ver que, tal y como ha estado concebida, esta política tiene una gran limitación, que ha sido característica de otras políticas de salud. Se centra en lo curativo

dejando de lado las partes más importantes de una política nacional de salud que son los determinantes políticos, económicos, sociales y culturales de la salud (Navarro, 2008).

Analizar el acceso a los servicios de salud desde la perspectiva de los determinantes y las divisiones sociales, muestra que si bien la confluencia del género y la pobreza trae como consecuencia factores que constituyen barreras para el acceso a la SSR, este es un arreglo social que puede ser modificado. Es decir, la política de salud debe formar parte de un planteamiento más integral. Ello incluye la necesidad de mejorar la independencia económica de las mujeres, a través de una inserción no precaria en el mercado laboral que le posibilite el acceso a un empleo formal con garantías, para poder satisfacer su derecho a no vivir en pobreza y gozar de condiciones que propicien su acceso integral a la salud. Igualmente es necesario crear mecanismos que permitan que pese a su rol principal en las labores reproductivas, cuenten con el apoyo de la provisión de servicios públicos universales tales como guarderías y servicios de cuidado para otros miembros del hogar, así como el mejoramiento del nivel educativo de las mismas. Puede decirse, que modificar el acceso a la salud de las mujeres está muy relacionado con modificar integralmente la posición de las mujeres en la sociedad.

Finalmente, se debe mencionar que este tipo de estudios aporta a los análisis sobre reformas de las políticas de salud en América Latina porque permite el seguimiento de los procesos de implementación de modelos de salud focalizados e inspirados en perspectivas particulares del desarrollo (más vinculados al mercado que al derecho), como es el caso del SP, en un nivel más micro, generalmente poco explorado en los informes y evaluaciones de seguimiento e impacto. Al no concentrarse en la evolución de indicadores nacionales (de cobertura, gasto, transformaciones institucionales) sino en la forma como inciden determinantes sociales como la pobreza, el género y el funcionamiento del sistema de salud en el acceso a la salud, y en cómo perciben este tipo de iniciativas un grupo de mujeres que usan los servicios de SSR en un territorio e institución específica, se muestran los efectos, sentires, valoraciones y vivencias que se generan en los ciudadanos, quienes se supone son el objetivo principal de las reestructuraciones. Por otro lado, aunque el SP es un componente relativamente reciente del sistema de salud de México (creado en 2004), se ha convertido en el eje central de la política de salud. No solo es el programa al que se le asignan mayores recursos en el sector, sino que también es el que congrega los mayores esfuerzos y presupuestos estatales en materia de salud, lo que hace que tenga implicancias políticas muy importantes tanto en el nivel nacional como en el estatal. Aspectos que hacen que las evidencias sobre su funcionamiento sean fundamentales.

Bibliografía

- Ábalos, Edgardo, Ramos, Silvina, Romero, Mariana 2010 “Intervenciones en políticas y sistemas de salud” en *Hoja Informativa del Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva*, No. 5, noviembre de 2010.
- Abbott, Pamela 2006 “Gender” en *Geoff Payne, Social Divisions* (New York, Palgrave Macmillan)
- Aday, Macarena Hirmas, Angulo, Lucy Poffald, Jasmen, Anita María, Aguilera, Ximena, Delgado Iris y Vega, Jeanette 2013 “Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa” en *Revista Panamericana de la Salud* (Washington, DC) Vol. 33, No. 3.
- Aday, Macarena Hirmas, Angulo, Lucy Poffald, Jasmen, Anita María, Aguilera, Ximena, Delgado Iris y Vega, Jeanette 2013 “Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa” en *Revista Panamericana de la Salud* (Washington, DC) Vol. 33, No. 3.
- Aday, Lu Ann y Andersen Ronald 1974 “Framework for the Study of Access to Medical Care” *Health Service Research* (Chicago) Vol. 9, No. 3.
- Agudelo, Marcela 2012 “Prácticas y discursos de médicos frente a la detección del cáncer de mama en zonas marginales del Distrito Federal” Tesis de Doctorado, Distrito Federal.
- Agudelo, Marcela 2012 “Prácticas y discursos de médicos frente a la detección del cáncer de mama en zonas marginales del Distrito Federal” Tesis de Doctorado, Distrito Federal.
- Alfonso Rodríguez, Ada C. 2006 “Salud sexual y reproductiva desde la mirada de las mujeres” en *Revista Cubana de Salud Pública*, Vol. 32, No. 1.
- Andersen, Ronald M. 1995 “Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter?” en *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 1, No. 36, Social Science Module.
- Andersen, Ronald y Davidson, Pamela 2007 “Improving Access to care in America: Individual and contextual factor” en Andersen, Ronald, Rice, Thomas, Kominski, Gerald (eds.) *Changing the American Health Care System: Key Issues in Health Services Policy and Management* (San Francisco: Jossey-Bass).
- Ariza, Marina y Oliveira Orlandina 2008 “Género, clase y concepciones sobre sexualidad en México” en Lerner, Susana y Szasz Ivonne (coords.) en *Salud reproductiva y condiciones de vida en México Tomo II* (México: El Colegio de México).
- Ariza, Marina y Oliveira Orlandina 2008 “Género, clase y concepciones sobre sexualidad en México” en Lerner, Susana y Szasz Ivonne (coords.) en *Salud reproductiva y condiciones de vida en México Tomo II* (México: El Colegio de México).
- Arredondo, Armando y Meléndez, Víctor 1992 “Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis” en *Salud Pública de México* Vol. 34, No. 1.
- Arredondo, Armando y Meléndez, Víctor 1992 “Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis” en *Salud Pública de México* Vol. 34, No. 1.
- Arrossi, Silvina, Paolino, Melisa 2012 “Análisis de los motivos del abandono del proceso de seguimiento y tratamiento por parte de mujeres con lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino en la provincia de Jujuy: implicancias para la gestión” en *Salud Colectiva* Vol. 8, No. 3, septiembre – diciembre de 2012.
- Castillo Ruíz, Paz, Luna Florez, Ariela y Vega Gabriela 2010. *Salud de la mujer indígena: intervenciones para reducir la muerte materna*. Banco Interamericano de Desarrollo.

- Castro, María del Carmen 2008 *De pacientes a exigentes: Un estudio sociológico sobre la calidad de la atención, derechos y ciudadanía en salud* (Hermosillo: El Colegio de Sonora).
- Castro, María del Carmen 2008 *De pacientes a exigentes: Un estudio sociológico sobre la calidad de la atención, derechos y ciudadanía en salud* (Hermosillo: El Colegio de Sonora).
- Castro, Roberto 2010 “Habitus profesional y ciudadanía: hacia un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos en salud reproductiva en México” en Castro, Roberto y López, Alejandra (eds.) en *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina* (Montevideo: Universidad de la República).
- Castro, Roberto 2010 “Habitus profesional y ciudadanía: hacia un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos en salud reproductiva en México” en Castro, Roberto y López, Alejandra (eds.) en *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina* (Montevideo: Universidad de la República).
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud 2005 *Género y Salud. Una introducción para tomadores de decisiones* (México: Secretaría de Salud)
- Coalición por las mujeres 2013 *Todos los derechos para todas y todos: diagnóstico y retos pendientes rumbo a la construcción del plan nacional de desarrollo, 2013-2018*, (México: Fundar)
- Cohen, R., Coxall, J., Craig, G. y Sadiq-Sangster, A 1992 *Hardship Britain* (London, CPAG/FSU).
- Comisión Económica para América Latina 2006 *La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad* (Santiago de Chile: CEPAL)
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2010 “Análisis de acceso y uso efectivo de los servicios de salud de la población indígena afiliada al seguro popular” (México: Secretaría de Salud).
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud/Seguro Popular 2012 “Catálogo Universal de servicios de la salud CAUSES 2012” (México: Secretaría de Salud).
- Consejo Nacional de Población 2011 *Perfiles de Salud Reproductiva* (Guanajuato)” (México: Conapo).
- Cook R, Dickens B, Fathalla M. 2003 “Salud reproductiva y derechos humanos. Integración de la medicina, la ética y el derecho” (Bogotá: Profamilia).
- Cortés, Armando 2006 “Inequidad, pobreza y salud” en *Colombia Medica*, Vol. 37, No. 3, julio-septiembre.
- Cottingham, J., Myntti, C. 2002 “Reproductive health: conceptual mapping and evidence” En Sen, G., George, A., Östlin, P., (eds.) *Engendering international health: The challenge of equity* (Cambridge, MA: The MIT Press).
- Dahlgren, Göran y Margaret Whitehead (1992), “Policies and strategies to promote social equity in health”. OPS.
- Donabedian, Avedis 1988 (1973) *Los espacios de la salud: Aspectos fundamentales de la organización de la atención médica* (México DF: Fondo de Cultura Económica).
- Donabedian, Avedis 1988 (1973) *Los espacios de la salud: Aspectos fundamentales de la organización de la atención médica* (México DF: Fondo de Cultura Económica).

- Duran, Luis, Vanesa Rodríguez, Carmen Hernández y Luis A. García 2010 “Los seguros médicos privados en México: su contribución al sistema de salud”, *Resumen Ejecutivo de Investigación, Medicina y Salud* (México: UNAM).
- Erviti, Joaquina, Sosa, Itzel A, Castro, Roberto 2007 “Respeto a los derechos reproductivos en las políticas de salud reproductiva” en *Salud Pública de México*, Vol. 49.
- Feltri, Adriana A, Arakaki, Jorge, Justo, Luis F, Maglio, Francisco, Pichún, Florentino J, Rosenberg, Martha I, Spinelli, Hugo, Testa, Mario, Torres Secchi, Alicia M, Ynoub, Roxana C 2006 “Salud reproductiva e interculturalidad” en *Salud Colectiva*, Vol. 2, No. 3, sept.-dic. De 2006.
- Fernández Moreno, Sara Yaneth 1998 “Aproximación teórico-metodológica a los estudios en salud reproductiva” en *Papeles de Población*, núm. 16, Pág. 63-81
- Fleitas Ruiz, Reina 2013 *Familias pobres y desigualdades de género en salud: el caso del barrio de San Isidro* (Buenos Aires: CLACSO-CROP).
- Frenk, Julio 1985 “El concepto y la medición de accesibilidad” en *Salud Pública de México* (Cuernavaca) Vol. 27, No. 5.
- Frenk, Julio 1985 “El concepto y la medición de accesibilidad” en *Salud Pública de México* (Cuernavaca) Vol. 27, No. 5.
- Frenk, Julio 2005 “El seguro popular de salud es un instrumento de justicia social” en *Seguro Popular de Salud: siete perspectivas-Salud Pública de México*, vol. 46, N° 6, (México).
- Freyermuth, Graciela 2010 “Desigualdades en la vida, desigualdades para morir: la mortalidad materna en Chiapas, un análisis desde la inequidad” en *Informe sobre el Desarrollo Humano en Chiapas*- PNUD.
- Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD) 2006 “La salud en México 2006-2012: visión de Funsalud” (México: Funsalud).
- García, Juan César 1993 *Pensamiento social en Salud en América Latina* (México DF: McGraw Hill).
- Garduño, María de los Ángeles, Edgar Jarillo, Olivia López, Arturo Granados, José Blanco, Juan Manuel Castro, Carolina Tetelboin, José Alberto Rivera y Sergio López 2009 “La perspectiva médico-social y su contribución al quehacer científico en salud. 35 años de desarrollo en la uam-Xochimilco” en: Chapela, María del Consuelo y Adalberto Mosqueda (eds.) *De la clínica a lo social, luces y sombras a 35 años* (México, uam – Xochimilco/División de Ciencias Biológicas y de la Salud) pp. 25–51.
- Garrocho, Carlos 1993 “Análisis de la accesibilidad a los servicios de salud y de los sistemas de información geográfica: teoría y aplicación en el contexto del Estado de México” en *Estudios Demográficos y Urbanos* (México) Vol. 8, No. 2.
- Garrocho, Carlos 1993 “Análisis de la accesibilidad a los servicios de salud y de los sistemas de información geográfica: teoría y aplicación en el contexto del Estado de México” en *Estudios Demográficos y Urbanos* (México) Vol. 8, No. 2.
- Gómez Dantés, Octavio 2005 “Seguro popular: siete perspectivas” en *Salud Pública de México*, Vol. 46, N° 6, nov.-dic. 2004 (México) pp. 585-588.
- González Rossetti, Alejandro y Olivia Mogollon 2002 “La reforma laboral y su componente político: un análisis de factibilidad”, en *Gaceta Sanitaria*, Vol. 16, N° 1 (México) pp. 40-47.
- González, Luz M., Gustavo Nigenda, María González y Michel Reich 2011 “Separación de funciones en el Sistema de Protección Social en México: avances y retos” en *Salud Pública de México*, Vol. 53, suplemento 4 de 2011.

- Gran Álvarez, Miriam 2006 “La salud sexual y reproductiva” en *Revista Cubana de Salud Pública*. Vol. 32, No. 1.
- Grupo de Trabajo de la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD) 2013 “Universalidad de los servicios de salud en México” en *Salud Pública de México*, Vol. 55, N° especial.
- Guarnizo-Herreño, Carol C, Agudelo, Carlos 2008 “Equidad de Género en el Acceso a los Servicios de Salud en Colombia” en *Revista de Salud Pública*, Vol. 10, supl. 1.
- Hautecoeur, Maeve, Zunzunegui, María Victoria, Vissandjee, Bilkis 2007 “Las barreras de acceso a los servicios de salud en la población indígena de Rabinal en Guatemala” en *Salud Pública de México*, Vol. 49, no. 2.
- Hernández, Mario 2008 “El concepto de equidad y el debate sobre lo justo en salud” en *Revista de Salud Pública*, N° 10, pp. 72-82.
- Hernández-Prado, Bernardo, Kestler, Edgar, Díaz, Juan, Walker, Dilys, Langer, Ana, Lewis, Sarah, De la Vara-Salazar, Elvia, Melo-Zurita, María del Carmen, Grupo de Trabajo de Salud Materna, Reproductiva y Neonatal del Sistema Mesoamericano de Salud Pública 2011 “Perfil situacional y estrategias de intervención en la región mesoamericana en el área de salud materna, reproductiva y neonatal” en *Salud Pública de México*, Vol. 53, Supl. 3.
- Hirmas Adaury, Macarena, Poffald Angulo, Lucy, Jasmen, Anita María, Aguilera Sánchez, Ximena y otros 2013 “Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa” en *Rev. Panamericana de Salud Pública* Vol. 3, N° 3.
- Homedes, Nuria y Antonio Ugalde 2011 “Descentralización de los servicios de salud: estudios de caso de seis estados mexicanos” en *Salud Publica de México*, Vol. 53, N° 6, Dic. 2011.
- Hudson, John, Stefan Kühner y Stuart Lowe (2008), *The Short Guide to Social Policy*, Bristol: The polity Press.
- Instituto Interamericano de Derechos Humanos 2004 Convención CEDAW y Protocolo Facultativo (San José: IIDH).
- Knaul, Felicia, Eduardo Gonzales-Pier, Octavio Gómez-Dantés *et al.* 2012 “The quest for universal health coverage: achieving social protection for all Mexico” en *Health Policy*, Published online en http://web.sph.harvard.edu/ministerial-leadership-in-health/files/Mexico-Update_8-16-12.pdf August 16, 2012.
- Lakin, Jason M. 2010 “The End of Insurance? in Mexico, Seguro Popular 2001-2007” en *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 35, N° 10.
- Laurell, Asa Cristina 2005 “El programa de servicios médicos y medicamentos gratuitos más apegado a la esencia del derecho a la salud que el Seguro Popular”, en *Salud Pública de México*, INSP, Vol. 47, N° 1, enero-febrero (México) pp. 82-86.
- Laurell, Asa Cristina 2010 “La segunda reforma de salud: aseguramiento y compra – venta de servicios” en *Salud Colectiva*, Vol. 6, N° 2 (México) pp. 137-148.
- Laurell, Asa Cristina 2012a “Ganadores y perdedores de la seguridad social universal” en *Columna de opinión-Periódico La Jornada* (México) miércoles 9 de mayo de 2012.
- Laurell, Asa Cristina 2013 *Impacto del Seguro Popular en el sistema de salud mexicano*, (Argentina: Colección CLACSO-CROP).
- Laurell, Asa Cristina, 2009 “El seguro popular: mitos y realidades” en *Periódico la Jornada* (México) febrero 16 de 2009.
- Laurell, Asa Cristina, 2012b “La cobertura médica del seguro popular” en *Columna de opinión- Periódico La Jornada* (México) miércoles 25 de enero de 2012.

- Lavielle, Griselda 2012 “Resultados negativos del Seguro Popular en los Estados”, en *Fundar Pesos y Contrapesos*, Informe de Fundar (México) en <<http://fundar.org.mx/pesosycontrapesos/?p=94>> acceso mayo de 2012.
- Lerner, Susana y Szasz Ivonne 2008 “La investigación entre la salud reproductiva y las condiciones de vida de la población en México” en Lerner, Susana y Szasz Ivonne (coords.) en *Salud reproductiva y condiciones de vida en México Tomo II* (México: El Colegio de México).
- Lerner, Susana y Szasz Ivonne 2008 “La investigación entre la salud reproductiva y las condiciones de vida de la población en México” en Lerner, Susana y Szasz Ivonne (coords.) en *Salud reproductiva y condiciones de vida en México Tomo II* (México: El Colegio de México).
- López Arellano, Oliva y José Blanco, 2007, “Las vertientes privatizadoras del SP de salud en México”, en *Segunda Época*, año 1, enero-julio de 2007, pp. 55-62
- Martínez, Carolina 2009 “El perfil de daños a la salud de la población mexicana. Reflexiones a partir de tres décadas de observación”, en: Chapela, María del Consuelo y Adalberto Mosqueda (eds.) *De la clínica a lo social, luces y sombras a 35 años* (México, uam-Xochimilco/División de Ciencias Biológicas y de la Salud) pp. 79–102.
- Mattioli, Marina 2011 “Calidad de atención en salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de género y derechos: evaluación de usuarias del Área Programática del Hospital Argerich, Ciudad de Buenos Aires” Tesis de Maestría, Flacso, Sede Académica Argentina.
- Medeiros, Marcelo y Joana Costa (2010), “The “feminisation of poverty: a widespread phenomenon?” en Sylvia Chant (ed.), *The International Handbook of Gender and Poverty. Concepts, Research and Policy*, Cheltenham, Edward Elgar, pp.95-100.
- Morris, L. y Ritchie, J. 1994 “Income maintenance and Living Standards”, York Joseph Rowntree Foundation.
- Navarro, Vicente (2008), “¿Qué es una política nacional de salud?”, en *Tareas*, No. 130, Sep-dic.
- Nigenda, Gustavo, 2005, “El seguro popular de salud en México: desarrollo y retos para el futuro”, en *Banco Interamericano de Desarrollo*, N° 2, Nota Técnica sobre Salud.
- Nigenda, Gustavo, Caballero, Marta y González, Luz María 2009 “Barreras de acceso al diagnóstico temprano del cáncer de mama en el Distrito Federal y Oaxaca” en *Salud Pública de México* (Cuernavaca) Vol. 51, Suplemento 2.
- Nigenda, Gustavo, Caballero, Marta y González, Luz María 2009 “Barreras de acceso al diagnóstico temprano del cáncer de mama en el Distrito Federal y Oaxaca” en *Salud Pública de México* (Cuernavaca) Vol. 51, Suplemento 2.
- Nigenda, Gustavo, González Robledo, Luz María, Arreola, Héctor, González Robledo, María Cecilia, Duarte Gómez, María Beatriz, Zarco Mera, Ángel 2011 *Estudio sobre la prestación de servicios para la detección temprana y tratamiento del cáncer de mama en los estados de Jalisco, Morelos y Nuevo León* (México: Secretaría de Salud)
- Nigenda, Gustavo, González, Luz María, Caballero, Marta, Zarco Ángel, González, María Cecilia 2009 “Barreras de acceso a la atención del cáncer de mama en cuatro estados de México, *Resumen Ejecutivo de Investigaciones del Instituto de Salud Pública de México*.
- Nigenda, Gustavo, González, María Cecilia, Zarco, Ángel y Duarte, María Beatriz 2011 “Estudio para la identificación de determinantes que motivan la búsqueda de la atención del cáncer de mama e innovaciones para su detección temprana y tratamiento en México” (México: Secretaría de Salud).

- Observatorio de la Mortalidad Materna, 2012 “Salud sexual y reproductiva” en *Boletín bimensual de salud sexual y reproductiva* No. 13.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT) 2007 “Protección Social de la Salud: una estrategia de la OIT para el acceso universal a la asistencia médica”, *Documento de consulta OIT*, en http://www.ilo.org/public/spanish/protection/secsoc/downloads/healthpolicy_sp.pdf> acceso agosto de 2012.
- Organización Mundial de la Salud 2005 *Reducir las inequidades sociales actuando sobre los determinantes*. (Washington: OPS).
- Organización Mundial de la Salud 2009^a “Las mujeres y la salud. Los datos de hoy y la agenda del mañana” (Ginebra, OMS).
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) 2002 “*Ampliación de la Protección Social en Materia de Salud: iniciativa conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo*”, en 26^a Conferencia Sanitaria Panamericana, 54^a Sesión del Comité Regional (Washington).
- Orozco Ramírez, Mariana 2010 “Salud reproductiva, género y sexualidad en la investigación mexicana de corte antropológico (1995-2005)” en *Alteridades*, Vol. 20, No. 40.
- Ortega, Doris 2003 “Diagnóstico tardío del cáncer de mama en México: Desencuentro entre las mujeres y los servicios de salud” en Brofman, Mario y Denman, Catalina (coords.) en *Salud reproductiva: Temas y debates*, (Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública).
- Ortega, Doris 2003 “Diagnóstico tardío del cáncer de mama en México: Desencuentro entre las mujeres y los servicios de salud” en Brofman, Mario y Denman, Catalina (coords.) en *Salud reproductiva: Temas y debates*, (Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública).
- Paolino, Melisa, Pantelides, Edith, Bruno, Matías, Maceira, Verónica, Peña, Lorena, Godoy, Julieta, Farao, Silvana, Arrossi, Silvina 2011 “Determinantes sociales del seguimiento y tratamiento de mujeres con PAP anormal en Avellaneda, provincia de Buenos Aires” en *Revista Argentina de Salud Pública* Vol. 2, No. 8.
- Paredes, Rosa 2006 “Políticas públicas, pobreza y equidad de género” en *Espacio Abierto* Vol 15, No. 4.
- Payne, Geoff 2006 “Social Divisions as a Sociological Perspective” en Geoff Payne, *Social Divisions* (New York, Palgrave Macmillan).
- Peticara, Marcela 2008 “Incidencia de los gastos de bolsillo en salud en siete países latinoamericanos”, en *Serie de Políticas Sociales*, N° 141 (Santiago de Chile CEPAL) pp. 1-68.
- Platt, Lucinda 2006 “Povety” en Geoff Payne, *Social Divisions* (New York, Palgrave Macmillan).
- Puentes-Markides C. 1992 “Women and access to health care” en *Social Science and Medicine* N° 35:619–626.
- Ramón Michel, Agustina 2011 “Entre la acción y la espera: el acceso al aborto legal en América Latina” en <<http://www.cedes.org.ar/Publicaciones/salud/2011/10100.pdf>> acceso 27 de junio 2013.
- Ramón Michel, Agustina, Ramos, Silvina, González Vélez, Ana Cristina 2011 “Lineamientos metodológicos para la recopilación y análisis de los marcos normativos: hacia la garantía de las prestaciones prioritarias en salud sexual y reproductiva” en *Observatorio de la Salud Sexual Reproductiva*.

- Ramos Padilla, Miguel 2006 “La salud sexual y la salud reproductiva desde la perspectiva de género” en *Revista Perú Médico Experiencias de Salud Pública*, Vo. 23, No. 3.
- Razavi, Shahra y Silke Staab 2010 “Gender, poverty and inequality: the role of markets, states and households” en Sylvia Chant (ed.) *The International Handbook of Gender and Poverty. Concepts, Research and Policy*, Cheltenham, Edward Elgar.
- Reyes, Hortensia, Gómez, Héctor, Torres, Laura, Tomé, Patricia, Galván, Gloria, González, Marco Aurelio y Gutiérrez, Gonzalo 2009 “Necesidades de salud en áreas urbanas marginadas de México” en *Revista Panamericana de la Salud* (Washington, DC) Vol. 25, No. 4.
- Reyes, Hortensia, Gómez, Héctor, Torres, Laura, Tomé, Patricia, Galván, Gloria, González, Marco Aurelio y Gutiérrez, Gonzalo 2009 “Necesidades de salud en áreas urbanas marginadas de México” en *Revista Panamericana de la Salud* (Washington, DC) Vol. 25, No. 4.
- Rodríguez Martínez, Yuriria A, San José Rodríguez, Norma A 2010, “Notas y reflexiones en torno a la igualdad de género y la no discriminación por sexo en el ámbito de la salud sexual y reproductiva de jóvenes” en *Revista del Instituto de Ciencias Jurídicas de Puebla*, Vol. 4, No. 26, pp. 156- 179.
- Rodríguez, Gabriela, Lerner, Susana, Szasz, Ivonne 2009 *Salud reproductiva y condiciones de vida en México* (México: El Colegio de México, Afluentes).
- Rodríguez, Katya 2012 “¿Existe feminización de la pobreza en México? La evidencia a partir de un cambio del modelo unitario al modelo colectivo de hogar” en *Papeles de Población*, Vol. 18, N° 72, abril-junio.
- Salas Martín, Xavier 2002 “Unhealthy people are poor people” paper presented at the *European Conference on Health Economics of the International Health Economics Organization* (Paris).
- Santos Padron, Hilda 2011 “Los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como temas de investigación” en *Rev Cubana Salud Pública*, Vol. 37, N° 2, 3.
- Scott, John, 2006 *Seguro Popular Incidence Analysis*, Mexico: CIDE
- Secretaría de Salud 2008 *programa de acción específico 2007-2012 Planificación Familiar y Anticoncepción* (México: Secretaria de Salud).
- Sen, Gita, Asha George y Piroška Östlin 2005 “Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud. Un análisis de la investigación y las políticas” (OPS Harvard Center for Population and Development Studies).
- Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) 2011 “Informe de Resultados 2011” (México, Gobierno Federal – Seguro Popular).
- Tamez, Silvia y Eibenschutz, Catalina 2008 “El seguro popular de salud en México: pieza clave de la inequidad en salud”, en *Revista de Salud Pública*, Vol. 10, N° 8, (México).
- Tamez-Gonzalez, Silvia, Valle-Arcos, Rosa Irene; Eibenschutz-Hartman, Catalina y Mendez-Ramirez, Ignacio 2006 “Adaptación del modelo de Andersen al contexto mexicano: acceso a la atención prenatal”. *Salud pública de México*, Vol. 48, N° 5.
- Tarlov, Alvin 1996 “Social determinants of health: The sociobiological translation” en: Blane, David, Eric Brunner y Richard Wilkinson (eds.) *Health and social organization* (London, Routledge).
- Thaddeus, S., Maine, D. 1994 “Too far to walk: Maternal mortality in context” en *Social Science and Medicine*, Vol. 38, N° 10:1091–1110.
- Tobar Federico 2000 “Herramientas para el análisis del sector salud” en *Medicina y sociedad*, vol. 23, núm. 2, abril de 2000.

- Tobar, Federico 2002 “Como construir una política de Estado en salud”, en *Medicina Global*, N° 23, pp. 34-39. diciembre de 2002.
- Torres, José, Villoro, Renata, Ramirez, Teresita, Zurita, Beatriz, Hernández, Patricia y Lozano, Rafael 2003 “La salud en la población indígena en México”, en *Caleidoscopio de la Salud* (México: Funsalud).
- Townsend, P., Davison, N y Whitehead, M. 1992 “Inequalities in health: the black report and the health divide” (Harmondsworth, Penguin).
- Townsend, Peter (1979), *Poverty in the United Kingdom*, Londres: Allen Lane and Penguin Books.
- Uribe Gómez, Mónica 2011 “¿Mercado regulado o competencia sin control? Las reformas de la salud en Colombia, 1995 – 2011”, en *Los vaivenes de las políticas sociales en Argentina, Colombia, Chile, México y Uruguay: ¿neo o posneoliberalismo?* (México: Porrúa), pp. 33-80.
- Uribe Gómez, Mónica y Abrantes, Raquel 2013 “Las reformas a la protección social en salud en México: ¿rupturas o continuidades?” en *Perfiles Latinoamericanos*, N° 42, julio-diciembre.
- Valencia, Enrique, David Rodríguez y Darcy Tetreault, 2011 “Sistema de Protección Social en México a inicios del siglo XXI”, documento proyecto *Asistencia social: reducción de la pobreza y redistribución del ingreso a través del programa de transferencias condicionadas* (México, CEPAL-ASDI).
- Vega, Jeanette, Orielle Solar y Alec Irwin 2005 “Equidad y determinantes sociales de la salud”, en Jude, Liliana y Fabiola Marín (eds.) *Determinantes sociales de la salud en Chile. En la perspectiva de la equidad* (Chile, Iniciativa Chilena de Equidad en Salud).
- Vergara, Ingrid 2009 “Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia” Tesis de Doctorado, Bellaterra.
- Vergara, Ingrid 2009 “Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia” Tesis de Doctorado, Bellaterra.
- West, C. 1993 “Reconceptualizing gender in physician-patient relations” en *Social Science and Medicine* Vol. 1, N° 36:57–66.
- Whitehead, Margaret 1992 “The concepts and principles of equity and health” en *International Journal of Health Services* Vol. 22, N° 3, pp. 429–445.
- World Health Organization 2010 *Measuring sexual health: conceptual and practical considerations and related indicators* (WHO, UNFPA)
- World Health Organization 2011 *Quality of care in the provision of sexual and reproductive health services* (WHO)
- Zamberlin, Nina, Thouyaret, Laura, Arrossi, Silvina 2011 *Lo que piensan las mujeres: conocimientos y percepciones sobre cáncer de cuello de útero y realización del Pap* (Argentina, OPS).

Anexos

Anexo 1. Guía de entrevista.

REGISTRO DE LA ENTREVISTA

1. Fecha: _____ Lugar: _____ Entrevistadora: _____

I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA ENTREVISTADA

1. Lugar de nacimiento (municipio y estado): _____
2. Lugar de residencia permanente (municipio y estado): _____
3. Estado civil:
 - ✓ Soltera _____
 - ✓ Casada/Unión libre) _____
 - ✓ Separada/Divorciada/Viuda _____
 - ✓ No responde _____
4. ¿Tiene hijos? Sí___ No___ En caso afirmativo, ¿Cuántos? _____
5. Nivel de escolaridad:
 - ✓ Ninguna _____
 - ✓ Primaria completa _____
 - ✓ Secundaria completa _____
 - ✓ Licenciatura o Posgrado _____
 - ✓ No responde _____
6. Ocupación principal :
 - ✓ Ama de casa _____
 - ✓ Estudiante _____
 - ✓ Empleada _____ Anotar la actividad o profesión _____
 - ✓ No responde _____
7. ¿Cuenta con derechohabiencia o seguro de salud? Sí___ No___ En caso afirmativo, ¿Cuál? (Si dice tener doble cobertura, registrar la que más utilice).
 - ✓ Seguro Popular _____
 - ✓ IMSS/ISSSTE _____
 - ✓ Privada _____
 - ✓ Otra _____ ¿Cuál? _____
 - ✓ No sabe/No responde _____
8. Edad (años cumplidos): _____
9. Habla alguna lengua indígena: Sí___ No___

II. ACCESO Y USO DE SERVICIOS DE SALUD

- ✓ ¿Cuál o cuáles son las principales razones de consulta en este centro de salud?/¿Hace cuánto tiempo viene a este lugar u otro centro de salud del Seguro Popular?/¿Por qué razón acude a este centro de salud (y no a otro lugar)?
- ✓ Cuénteme si ha tenido algún problema para recibir atención en este centro de salud. Si lo ha tenido, ¿Cuál ha sido la situación?. Si está satisfecha con el servicio, ¿Por qué?
- ✓ En el último año, ¿Le han prestado servicios como: Papanicolaou, exploración clínica de mamas, mastografías, asesoría sobre planificación familiar, atención del embarazo o algún otro similar (¿Cuál?)? ¿Me puede decir en qué consistió?
- ✓ Si ha venido por otra razón, diferente a las previamente mencionadas ¿Le han ofrecido alguno de esos servicios? ¿Por qué?
- ✓ ¿Ha sido suficiente el tiempo que le han dedicado para la atención de este tipo? ¿Por qué?/ ¿Han sido claras las explicaciones que le han dado sobre los procedimientos, diagnósticos, resultados y tratamientos? ¿Por qué?/Las instalaciones fueron las adecuadas ¿Por qué?
- ✓ Si le recomiendan algún examen o tratamiento que no sea cubierto en el Seguro Popular. ¿Usted se lo realiza? ¿Por qué?/¿Qué hace?
- ✓ Después de recibir la atención en salud por el tema que me mencionó ¿Ha tenido seguimiento? ¿Por qué? ¿En qué ha consistido?
- ✓ Si le recomendaron pruebas (embarazo, mastografía, etc.). ¿Las recibió a tiempo? ¿Por qué?/Si le prescribieron medicamentos o tratamientos ¿Los recibió a tiempo? ¿Por qué?
- ✓ ¿Qué opinión tiene sobre el personal de salud que la atiende o ha atendido?/¿Está debidamente capacitado?/¿Fueron respetuosos?/¿Fue suficiente?/¿Con qué tipo de personal de salud se siente más cómoda recibir servicios de SSR? ¿Por qué?/Con quién se siente menos cómoda?/¿Por qué?
- ✓ ¿Cómo se siente respecto a la atención sobre alguno de esos temas? ¿Por qué?/¿Hay algo que le genere incomodidad? ¿Por qué?
- ✓ ¿Tiene alguna preferencia sobre el sexo del personal de salud que la atiende? ¿Por qué?
- ✓ ¿Alguna vez ha sentido pena o pudor de que el personal de salud le hable o trate temas de SSR? ¿Podría hablarme al respecto?/¿Ha evitado o rechazado la atención en temas de SSR? ¿Por qué?
- ✓ ¿Cree que los servicios recibidos en el Seguro Popular son de calidad o considera que son mejores en otro lugar? ¿Por qué? ¿Qué lugar le parece mejor?
- ✓ ¿Volvería a solicitar o acceder a servicios sobre SSR? En el Seguro Popular/ ¿Por qué? Y si no, ¿A dónde acudiría?

Nota: En caso de ser un hablante de lengua indígena, explorar si ha tenido dificultades para comunicarse con el personal de salud y qué hace si esto sucede.

III. ENTORNO FAMILIAR Y SOCIAL

- ✓ ¿Podría contarme con quién vive y cómo es su entorno familiar? ¿Cuáles son los miembros de su familia? ¿Qué hacen?
- ✓ ¿Cuál es su rol dentro del hogar? Explicar.
- ✓ ¿Usted considera que las tareas dentro del hogar están debidamente distribuidas? ¿Por qué?
- ✓ En su hogar, ¿Quién toma las decisiones más importantes? ¿Podría explicarlo?/¿Usted tiene incidencia en estas decisiones?/¿Son tenidas en cuenta sus opiniones? ¿Cómo?
- ✓ ¿Tiene a su cargo el cuidado de algún familiar u otra persona? ¿Quién (es)? Explorar si son niños, ancianos, personas discapacitadas, etc./¿Qué tipo de cuidados tiene con estas personas?/Cuándo acude a los servicios de salud, ¿Con quién los deja? ¿Bajo qué condiciones?
- ✓ ¿Tiene el tiempo necesario para otras actividades fuera del hogar? Por ejemplo: hacer deporte, ir al centro de salud, pasear, ir al cine, etc.
- ✓ ¿En su familia ha habido algún caso de violencia intrafamiliar contra usted u otro miembro el hogar? Por ejemplo: Golpes, empujones, cachetadas, gritos, etc. ¿Quién ha ejercido esta violencia?/¿Qué tipo de violencia?/Cuando ha pasado, ¿Qué se ha hecho?
- ✓ Si trabaja o estudia, ¿Tiene la libertad para ausentarse de su trabajo para ir acudir al centro de salud?/¿Bajo qué condiciones le dan permiso?/¿Ha tenido que dejar de trabajar o estudiar? ¿Por qué?
- ✓ ¿Alguna vez ha tenido que dejar de ir a una cita o examen médico por algún impedimento u obstáculo en su familia, escuela o trabajo? ¿Cuál?/¿Qué ha hecho al respecto?/¿Intenta volver al centro de salud? ¿Por qué?
- ✓ Cuando tiene la necesidad de ir al médico, ¿Tiene que consultarlo con alguien previamente? ¿Por qué?

IV. CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS

- ✓ Podría contarme, cuando era niña ¿Cómo fue su infancia?/¿Con quién vivía?, ¿A qué se dedicaba su mamá y su papá?/¿Cómo era su casa? (Explorar si tenían agua, sanitario dentro del hogar, piso de concreto u otro material, etc.)
- ✓ En la actualidad ¿Quién es el principal soporte económico de su hogar?/¿Cuál es la principal actividad por la cual perciben recursos económicos?/¿Usted recibe algún tipo de recurso económico? En caso afirmativo, ¿De dónde provienen?
- ✓ En su hogar, ¿Quién se encarga de distribuir los gastos? (Pagar la renta, hacer la compra de la comida, pagar los servicios públicos, etc.)
- ✓ Si tiene que acudir a los servicios de salud, ¿Necesita dinero?/¿Quién paga estos gastos?/¿Alguna vez ha dejado de ir a una cita médica porque no tuvo dinero?/¿Qué hizo?
- ✓ Cuando tiene que ir a un centro de salud, ¿Cuánto tiempo le toma el desplazamiento desde su casa hasta donde tiene que atenderse?/¿Tiene algún tipo de impedimento para llegar a los servicios de salud? ¿Cuáles?
- ✓ ¿Alguna vez ha tenido que pagar por los servicios recibidos en el Seguro Popular? ¿Por cuál?/¿Por qué?
- ✓ ¿Alguna vez ha tenido que pagar por algún medicamento o examen prescrito por personal del Seguro Popular? ¿Por cuál?/¿Por qué?

Anexo 2.

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO ESCRITO

PROYECTO:

Barreras de acceso a los programas de salud sexual y reproductiva del Seguro Popular

Fecha: _____

A usted se le está invitando a participar como informante en un proyecto que está llevando a cabo la Universidad de Guanajuato, Campus León, en el que se busca conocer las barreras que las usuarias del Seguro Popular tienen para acceder a los servicios de salud, con el fin de proponer estrategias dirigidas a mejorar los servicios de SSR. Su participación es voluntaria y no afectará de ningún modo el servicio que aquí recibe. Este estudio es anónimo y no tendrá que proporcionar datos personales. Si decide contestar las preguntas también podrá dejar de hacerlo en el momento que usted así lo quiera. Igualmente, está en todo el derecho de preguntarle a la entrevistadora lo que usted considere necesario para aclarar sus dudas.

¿Tiene alguna pregunta o duda sobre lo que le estoy leyendo?

¿Permite que le haga la entrevista? Sí____ No____

Firma del participante

Firma del entrevistador

¡Muchas gracias por su colaboración en este estudio!

Agradecimientos

Las autoras queremos expresar un especial agradecimiento a la sicóloga Claudia Berenice Hermosillo Muñoz, quien nos apoyó durante todo el proceso de este proyecto, especialmente en la realización y transcripción de las entrevistas, así como en la obtención de información sobre los diversos temas abordados en el estudio. A la maestra Yeim Castro por la transcripción, codificación y parte del análisis de las mismas.

De igual manera nuestra gratitud hacia las instituciones y personas que hicieron posible que este proyecto se llevara a cabo en tan poco tiempo. En primer lugar al Programa de CLACSO-Asdi de promoción de la investigación social 2013-2016, por el apoyo financiero y por permitirnos ahondar en un tema de investigación de gran relevancia para el municipio de León y el país en general.

Extendemos estos agradecimientos a la División de Ciencias Sociales y Humanidades de la Universidad de Guanajuato, Campus León, al personal de la Secretaría de Salud y del Seguro Popular, así como a la comunidad del centro de salud en donde se realizaron las entrevistas.

Por último queremos manifestar nuestro más profundo agradecimiento a las mujeres que de manera anónima hicieron parte de este estudio, que con sus testimonios de vida nos acercaron a otras realidades.